Enquêtes Démographiques et de Santé en Afrique de l'Ouest

Burkina Faso Cameroun Côte d'Ivoire Togo

DHS Demographic and Health Surveys
Macro International Inc.

Enquêtes Démographiques et de Santé en Afrique de l'Ouest

Résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées au Burkina Faso (1998-1999), au Cameroun (1998), en Côte d'Ivoire (1998-1999) et au Togo (1998)

Bernard Barrère
Gora Mboup
Mohamed Ayad

Juin 1999

Macro International Inc.
Calverton, Maryland, USA

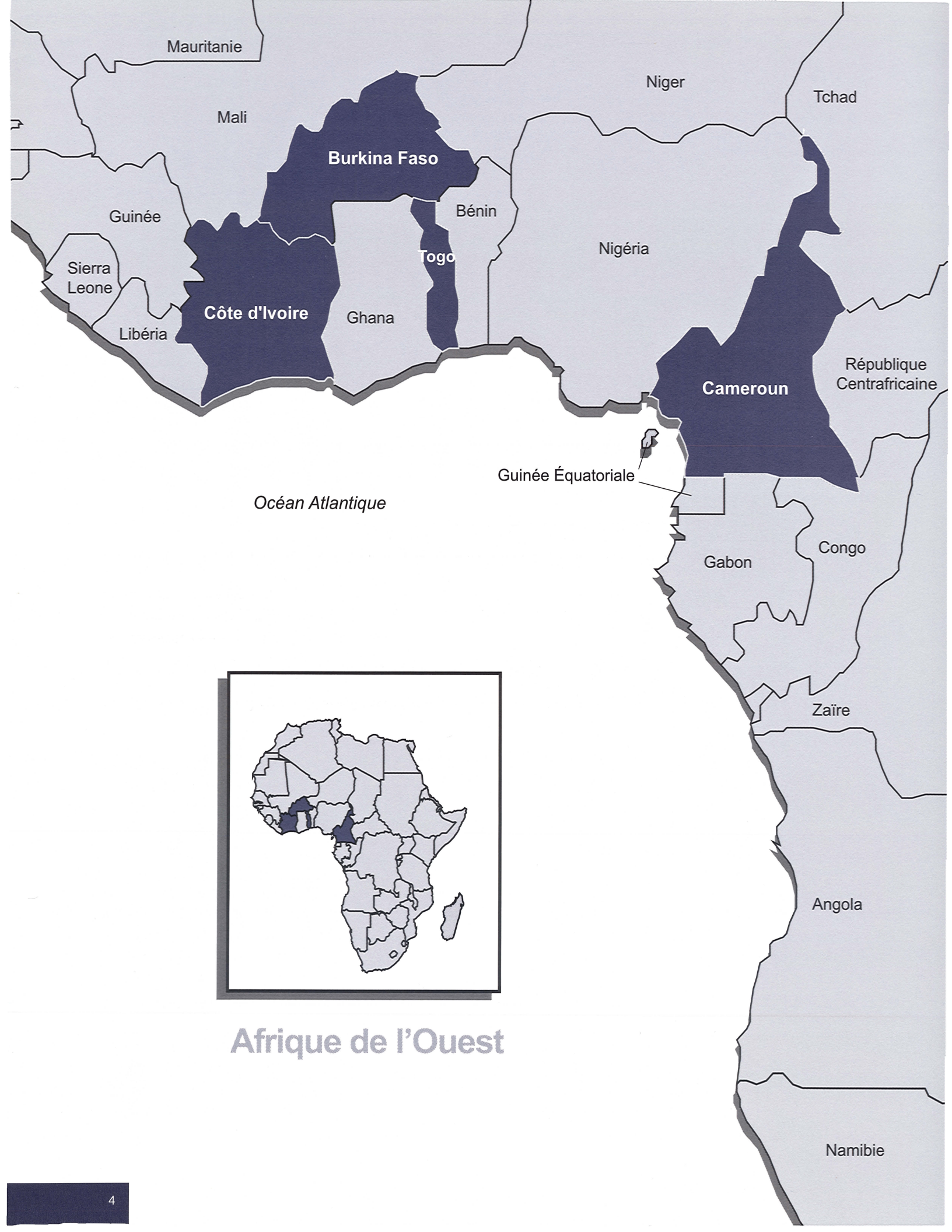
Macro International/B. Barrère

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier Noureddine Abderrahim, Victor Canales, Jeanne Cushing et Jim Otto pour leur assistance en ce qui concerne le traitement informatique. Ils remercient également Sidney Moore, Celia Khan et Daniel Vadnais pour leur contribution à la mise en forme finale du rapport.

Table des matières

CADRE DE L'ENQUÊTE	5
CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES ET DES ENQUÊTÉS	11
FÉCONDITÉ ET NUPTIALITÉ	17
PLANIFICATION FAMILIALE ET BESOINS POTENTIELS EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION	25
SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT	32
ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL	41
MORTALITÉ DES ENFANTS ET MORTALITÉ MATERNELLE	48
MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET SIDA	54



Afrique de l'Ouest

CADRE DE L'ENQUÊTE

Les données utilisées dans ce rapport proviennent des Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées en 1998 et 1999 dans quatre pays, à savoir le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Togo, avec l'assistance technique de Macro International dans le cadre du programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (*Demographic and Health Surveys – DHS*), financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID). Ces enquêtes ont été effectuées à la demande du bureau régional de l'USAID pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale (REDSO/WCA) dans le but d'appuyer son projet régional de Santé Familiale et Prévention du Sida (SFPS).

Dans le projet initial, les quatre enquêtes avaient deux objectifs essentiels :

- ❑ Fournir une base de données pour le projet SFPS, et
- ❑ Obtenir pour le projet SFPS des indicateurs qui ne sont pas disponibles à partir du système d'enregistrement de routine.

Dans le projet initial, le bureau régional de l'USAID (REDSO/WCA) devait financer deux petites enquêtes de type DHS (*Demographic and Health Surveys*) au Cameroun et Togo où les échantillons dans chaque pays ne devaient pas dépasser 2 500 femmes et 1 500 hommes. Pour les deux autres enquêtes au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, elles devaient être de type CAP (Connaissance, Attitude et Pratique), avec des échantillons encore plus faibles se limitant à 1 000 femmes et 1 000 hommes.

Quand ce projet initial a été présenté aux pays concernés, aux agences de coopération et aux organismes internationaux, la réaction générale a été la suivante : les échantillons sont trop petits pour obtenir certains indicateurs comme ceux relatifs à la mortalité maternelle, à la mortalité des enfants et aux mesures anthropométriques, et ils ne permettent pas la présentation des indicateurs selon les caractéristiques des enquêtés (milieu et région de résidence, niveau d'instruction, emploi, etc.). À la suite de cette réaction, DHS et les représentants de chaque pays ont approché différents bailleurs de fonds pour voir dans quelle mesure ils étaient prêts à mettre à la disposition des quatre enquêtes les fonds additionnels nécessaires pour utiliser de plus grands échantillons et des questionnaires plus étoffés, permettant d'obtenir des indicateurs sur la fécondité, la contraception, la mortalité infanto-juvénile, la santé de la mère et de l'enfant, les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et le sida, ainsi que sur l'état nutritionnel. Dans l'ensemble, la réponse des bailleurs de fonds a été extrêmement positive, ce qui a permis de modifier radicalement le plan de travail des quatre enquêtes, comme décrit dans les paragraphes qui suivent. Par ailleurs, le tableau 1 présente les résultats des quatre enquêtes auprès des ménages, des femmes et des hommes interviewés.

Burkina Faso (population estimée à 11 300 000 habitants en 1998 d'après *The Population Reference Bureau*) : l'Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso (EDSBF-II) a été menée par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), du Ministère de l'Économie et des Finances. L'EDSBF-II a été financée par l'USAID, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et la Banque Mondiale dans le cadre du Projet Population et Lutte contre le Sida (PPLS), et elle a bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc. Cette enquête par sondage est la deuxième du genre, réalisée au niveau national après celle de 1993. Au cours de l'EDSBF-II, exécutée sur le terrain de décembre 1998 à avril 1999, 4 812 ménages, 6 445 femmes en âge de procréer de 15-49 ans et 2 641 hommes de 15-59 ans ont été enquêtés avec succès, soit des taux de réponse respectifs de 98,8 %, 95,6 % et 91,1 %.

BUCREP/Cameroun

Cameroun (population estimée à 14 300 000 habitants en 1998 d'après *The Population Reference Bureau*) : l'Enquête Démographique et de Santé au Cameroun (EDSC-II) a été exécutée par le Bureau Central des Recensements et des Études de Population (BUCREP), du Ministère des Investissements Publics et de l'Aménagement du Territoire (MINPAT). L'EDSC-II a été financée par l'USAID, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF); elle a également bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc. Cette enquête par sondage est la deuxième du genre réalisée au niveau national après celle de 1991. Au cours de l'EDSC-II, réalisée sur le terrain de février à juin 1998, 4 697 ménages, 5 501 femmes en âge de procréer de 15-49 ans et 2 562 hommes de 15-59 ans ont été enquêtés avec succès, soit des taux de réponse respectifs de 98,0 %, 95,5 % et 91,3 %.

Côte d'Ivoire (population estimée à 14 569 000 habitants en 1997 d'après l'Institut National de la Statistique) : l'Enquête Démographique et de Santé en Côte d'Ivoire (EDSCI-II) a été exécutée par l'Institut National de la Statistique (INS), du Ministère de l'Économie et des Finances. L'EDSC-II a été financée par l'USAID, l'UNICEF et Tulane University à travers le projet SFPS; par ailleurs, elle a bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc. Cette enquête par sondage est la deuxième du genre, réalisée au niveau national après celle de 1994-1995. Le travail sur le terrain de l'EDSCI-II s'est déroulé de septembre à novembre 1998 et de février à mars 1999. Le retour sur le terrain en 1999 dans environ le quart des grappes a permis

d'améliorer la qualité des données de l'enquête, surtout en milieu rural. Au total, 2 122 ménages, 3 044 femmes en âge de procréer de 15-49 ans et 886 hommes de 15-59 ans ont été enquêtés avec succès, soit des taux de réponse respectifs de 97,9 %, 96,4 % et 88,3 %.

Togo (population estimée à 4 269 500 habitants en 1997 d'après la Direction de la Statistique) : l'Enquête Démographique et de Santé au Togo (EDST-II) a été exécutée par la Direction de la Statistique du Ministère de la Planification et du Développement Économique. L'EDST-II a été réalisée avec l'appui technique de Macro International, et a bénéficié du financement de l'USAID, du FNUAP, de l'UNICEF et du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). Cette enquête nationale par sondage est la deuxième du genre, réalisée au niveau national après celle de 1988. Au cours de l'EDST-II, réalisée sur le terrain de février à mai 1998, 7 517 ménages, 8 569 femmes en âge de procréer de 15-49 ans et 3 819 hommes de 15-59 ans ont été enquêtés avec succès, soit des taux de réponse respectifs de 98,6 %, 95,6 % et 93,6 %.

Tableau 1 Couverture de l'échantillon

Échantillon	Burkina Faso	Cameroun	Côte d'Ivoire	Togo
Ménages sélectionnés	5 133	5 011	2 302	8 025
Ménages identifiés	4 871	4 791	2 168	7 620
Ménages enquêtés	4 812	4 697	2 122	7 517
Taux de réponse de l'enquête ménage (%)[1]	98,8	98,0	97,9	98,6
Femmes sélectionnées	6 740	5 760	3 155	8 964
Femmes enquêtées	6 445	5 501	3 044	8 569
Taux de réponse de l'enquête femme (%)	95,6	95,5	96,4	95,6
Hommes sélectionnés	2 898	2 806	1 003	4 082
Hommes enquêtés	2 641	2 562	886	3 819
Taux de réponse de l'enquête homme (%)	91,1	91,3	88,3	93,6

1 Ménages enquêtés/ménages identifiés.

Avec des échantillons relativement importants et des questionnaires étoffés, les quatre enquêtes ont visé les objectifs suivants :

- recueillir des données à l'échelle nationale, par milieu de résidence et par région, permettant le calcul de certains taux démographiques, en particulier le taux de fécondité et les quotients de mortalité infanto-juvénile;
- analyser les facteurs qui déterminent les niveaux et les tendances de la fécondité et de la mortalité infantile et juvénile;

- mesurer le taux d'utilisation de la contraception, par méthode, selon le milieu de résidence et certaines caractéristiques socio-économiques;
- mesurer les niveaux des besoins non satisfaits en matière de contraception ainsi que les niveaux de fécondité non désirée;
- recueillir des données de qualité sur la santé familiale : vaccination, prévalence et traitement de la diarrhée, de la fièvre et de la toux, visites prénatales et assistance à l'accouchement, allaitement maternel, et état nutritionnel des enfants et de leurs mères par le biais des mesures du poids et de la taille;
- recueillir des données sur la connaissance, les attitudes et opinions des femmes et des hommes au sujet des MST et du sida;
- fournir aux responsables et administrateurs des programmes de population des quatre pays et du projet SFPS des données de base actualisées et de qualité sur la fécondité, la mortalité, la planification familiale et la santé. De telles données ne sont pas seulement utiles pour évaluer l'impact de leurs activités, mais elles sont également importantes pour planifier de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et le bien-être de la population.

Par ailleurs, les quatre enquêtes ont utilisé trois types de questionnaires :

- le questionnaire ménage;
- le questionnaire individuel femme;
- le questionnaire individuel homme.

Ces questionnaires ont été préparés à partir des questionnaires de base du programme DHS adaptés au contexte des quatre pays et en tenant compte des objectifs des enquêtes.

Le questionnaire ménage permet d'établir la liste de tous les membres habituels du ménage ainsi que des visiteurs et d'identifier ceux qui étaient présents dans le ménage durant la nuit qui a précédé l'interview. Des informations ont été collectées sur les membres du ménage concernant le lien de parenté avec le chef du ménage, la situation de résidence, l'âge, le sexe, le niveau d'instruction (pour les personnes âgées de 6 ans et plus) et la survie des parents. De plus, on a collecté des données concernant les caractéristiques du logement

(type d'approvisionnement en eau, type de toilettes et possession de certains biens durables de consommation) pour évaluer les conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les femmes et les hommes qui seront enquêtés individuellement.

Le principal objectif du questionnaire ménage est de permettre l'identification des femmes et des hommes éligibles pour les questionnaires individuels.

Le questionnaire individuel femme constitue l'élément essentiel des quatre enquêtes. Il est administré à toutes les femmes éligibles des ménages sélectionnés; il s'agit des femmes âgées de 15-49 ans ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage, quel que soit le statut de résidence.

Le questionnaire individuel femme comporte, en dehors de la page de couverture analogue à celle du questionnaire ménage, les différentes sections présentées au tableau 2. Comme on peut le constater, certains modules qui ne font pas partie du questionnaire de base du programme DHS ont été ajoutés dans quelques pays. Il s'agit

Tableau 2 Contenu des questionnaires

Section	Burkina Faso	Cameroun	Côte d'Ivoire	Togo
Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêtée	√	√	√	√
Reproduction	√	√	√	√
Contraception	√	√	√	√
Grossesse et allaitement	√[1]	√[2]	√[1]	√[2]
Vaccination et santé	√[1]	√[2]	√[1]	√[2]
Mariage	√	√	√	√
Préférences en matière de fécondité	√	√	√	√
Caractéritiques du conjoint et activité économique de la femme	√	√	√	√
MST et sida	√	√	√	√
Mortalité maternelle	√	√		√
Pratiques traditionnelles (Excision)	√		√	
Poids et taille des enfants et de leur mère	√[1]	√[2]	√[1]	√[2]

[1] Enfants de moins de 5 ans
[2] Enfants de moins de 3 ans

du module sur la mortalité maternelle qui a été utilisé au Burkina Faso, au Cameroun et au Togo, et du module sur les pratiques traditionnelles (l'excision) utilisé au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire.

Le questionnaire individuel homme a également une page de couverture semblable à celle du questionnaire individuel femme. Il est complètement indépendant de ce dernier, mais la plupart des questions posées aux hommes de 15-59 ans sont identiques à celles posées aux femmes éligibles.

Le questionnaire individuel homme comprend les sections suivantes :

- ❑ Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêté;
- ❑ Situation matrimoniale et reproduction;
- ❑ Contraception;
- ❑ Préférences en matière de fécondité;
- ❑ MST et sida.

Direction de la Statistique/Togo

CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES ET DES ENQUÊTÉS

Au cours de l'enquête ménage, on a recueilli des informations sur les caractéristiques des ménages (structure et composition) et des logements. Ce questionnaire a permis d'identifier par la suite les femmes et les hommes éligibles pour l'interview individuelle. Ce chapitre traite des principales caractéristiques des ménages et des logements. Il présente également des résultats concernant le niveau d'instruction des femmes et des hommes ainsi que l'accès des femmes aux média.

La répartition de la population selon le milieu de résidence montre que les populations des quatre pays sont essentiellement rurales. Toutefois, la Côte d'Ivoire a le niveau d'urbanisation le plus élevé (37 %), suivie de près par le Cameroun et le Togo (respectivement, 32 % et 30 %). Par contre, le Burkina Faso se caractérise par un faible niveau d'urbanisation (14 %).

Taille moyenne des ménages et pourcentage de femmes chefs de ménage

Ce sont les ménages du Burkina Faso qui sont les plus peuplés avec une taille moyenne de 6,7 personnes, suivis de ceux de la Côte d'Ivoire (6,2) et, enfin, de ceux du Cameroun et du Togo (respectivement, 5,5 et 5,4). Il faut cependant noter qu'au Cameroun la taille moyenne des ménages est pratiquement identique selon le milieu de résidence alors qu'au Togo les ménages urbains sont moins peuplés que les ménages ruraux (4,9 contre 5,6). Cette variation de la taille des ménages selon le milieu de résidence est également observée au Burkina Faso (5,6 contre 7,0) et surtout en Côte d'Ivoire (5,6 contre 6,6).

Les résultats des enquêtes montrent également que le Burkina Faso se caractérise par un faible pourcentage de ménages dirigés par des femmes (7 %), suivi par la Côte d'Ivoire (14 %). Par contre, au Togo et au Cameroun plus du cinquième des ménages sont dirigés par des femmes (respectivement, 24 % et 22 %). Toutefois au Burkina Faso, comme dans les autres pays, le pourcentage de ménages dirigés par des femmes est plus important en milieu urbain qu'en milieu rural.

Tableau 3 Caractéristiques des ménages et des enquêtés

Indicateur	Burkina Faso			Cameroun			Côte d'Ivoire			Togo		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Répartition de la population (%)[1]	14,4	85,6	100,0	32,0	68,0	100,0	36,5	63,5	100,0	30,4	69,6	100.0
Taille moyenne des ménages	5,6	7,0	6,7	5,4	5,5	5,5	5,6	6,6	6,2	4,9	5,6	5,4
Chefs de ménage de sexe féminin (%)	15,5	5,0	6,8	25,8	20,7	22,4	16,1	13,3	14,4	28,9	22,1	24,3
Ménages disposant (%) :												
- d'électricité	39,7	0,2	6,9	79,0	22,0	40,7	85,9	22,5	48,2	41,2	2,4	15,3
- d'eau contrôlée[2]	78,4	35,0	42,7	76,4	29,4	44,9	79,1	30,4	50,1	76,6	32,2	46,9
- de toilettes adéquates	4,7	0,1	0,9	60,4	15,2	30,0	48,6	8,8	25,0	29,8	3,4	12,1
- d'un poste de radio	82,1	53,1	58,0	71,3	43,4	52,5	76,0	59,2	66,0	69,3	41,8	50,9
- d'une télévision	34,0	0,7	6,4	35,8	7,0	16,4	51,4	13,3	28,7	32,2	3,1	12,8
Filles de 6-15 ans fréquentant l'école (%)	61,7	12,9	20,1	82,9	64,5	70,5	50,8	37,8	42,7	76,0	57,4	63,3
Garçons de 6-15 ans fréquentant l'école (%)	70,2	21,9	27,9	86,9	68,7	74,3	68,2	53,3	57,7	90,1	71,9	76,5
Niveau d'instruction (% femmes de 15-49 ans)												
Aucun	46,9	93,7	85,8	15,5	35,0	28,1	41,1	66,6	55,9	27,6	60,5	48,1
Primaire	21,7	5,7	8,4	29,2	43,7	38,6	30,5	27,5	28,8	40,0	31,8	34,9
Secondaire ou plus	31,4	0,6	5,8	55,3	21,3	33,3	28,4	5,9	15,3	32,4	7,7	17,0
Niveau d'instruction (% hommes de 15-59 ans)												
Aucun	34,1	84,6	73,5	6,5	20,0	14,9	24,0	52,0	40,1	8,2	31,3	23,0
Primaire	21,5	12,0	14,1	25,1	48,0	39,3	22,7	26,2	24,7	28,2	41,0	36,4
Secondaire ou plus	44,4	3,3	12,4	68,4	32,0	45,8	53,3	21,8	35,2	63,6	27,6	40,7
Femmes ayant accès aux trois média[3]	8,9	0,1	1,6	14,2	1,7	17,0	15,7	3,9	8,8	8,3	0,9	3,7
Femmes n'ayant accès à aucun média	28,7	84,3	74,9	28,7	70.6	31,4	16,1	45,5	33,2	21,1	52,1	40,5

[1] En 1998, la population du Burkina Faso était estimée à 11 300 000 habitants, celle du Cameroun à 14 300 000 habitants, celle de la Côte d'Ivoire à 14 569 000 habitants (pour 1997) et celle du Togo à 4 269 500 habitants (pour 1997).

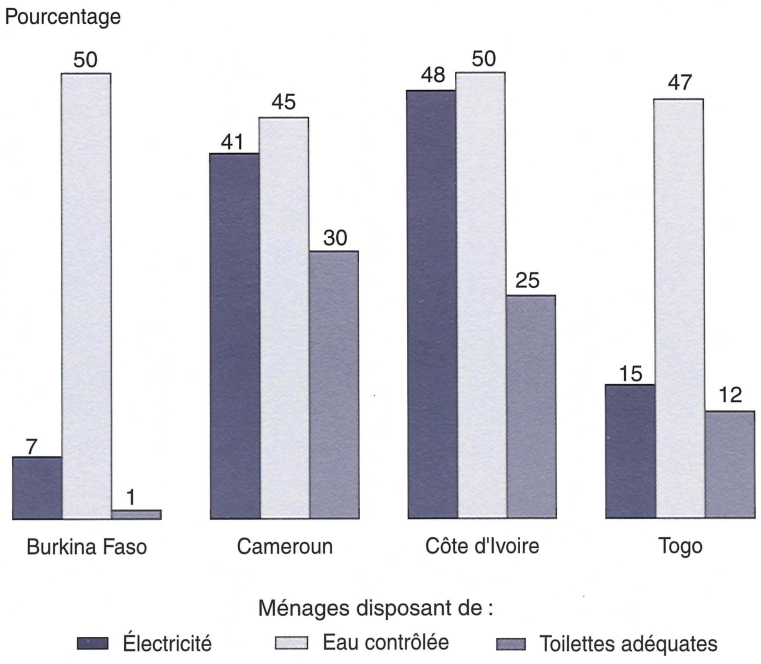
[2] Eau controlée comprend le robinet public ou privé et le forage. Pour des raisons de coparaison, sont exclus ici les puits portegés.

[3] Les femmes ayant accès aux trois média sont celles qui lisent un journal et regardent la télévision, au moins, une fois par semaine et qui écoutent la radio, au moins, une fois par jour.

Caractéristiques de l'habitat et biens possédés par les ménages

Le questionnaire ménage a permis de recueillir des informations sur les caractéristiques socio-économiques des ménages et sur le niveau de confort des logements qui peut être évalué, d'une part, par la nature des matériaux de construction et, d'autre part, par les équipements, notamment le type de toilette, le mode d'approvisionnement en eau et la possession de certains biens de consommation. Ces caractéristiques, qui servent d'indicateurs de niveau de vie des ménages, ont également une influence déterminante sur l'état de santé des membres du ménage. Les données du tableau 3 montrent que très peu de ménages burkinabé et togolais disposent de l'électricité (respectivement, 7 % et 15 %) (graphique 1). Par contre, en Côte d'Ivoire et au Cameroun, la couverture en électricité est relativement importante (respectivement, 48 % et 41 %), en particulier en milieu urbain (respectivement, 86 % et 79 % contre, respectivement, 41 % et 40 % en milieu urbain togolais et burkinabé).

Graphique 1
Caractéristiques des ménages



En ce qui concerne les modes d'approvisionnement en eau, dans les quatre pays, près de la moitié des ménages utilisent, pour boire, une eau contrôlée (eau courante, robinet public, forage équipé de pompe), les proportions variant d'un minimum de 45 % au Cameroun à un maximum de 50 % au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire. De plus, quel que soit le pays, la proportion des ménages qui utilisent des sources d'eau contrôlées est beaucoup plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, ces proportions variant environ du simple au double.

Du point de vue du type de toilettes, on note qu'au Burkina Faso, l'utilisation de toilettes adéquates (latrines améliorées, chasse d'eau, fosse septique) est extrêmement faible aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain (respectivement, 0,1 % et 5 %). Le Burkina Faso est suivi par le Togo avec 12 % des ménages qui utilisent des toilettes adéquates (3 % en milieu rural contre 30 % en milieu urbain). En ce qui concerne l'utilisation des toilettes adéquates, le Cameroun (30 %), suivi de la Côte d'Ivoire (25 %), présentent une meilleure situation. Dans ces deux derniers pays, la disponibilité de toilettes adéquates est, respectivement, de 60 % et 49 % en milieu urbain contre, respectivement, 15 % et 9 % en milieu rural.

Les questions posées sur les biens de consommation durables des ménages ont notamment porté sur la possession d'un poste radio et d'un poste téléviseur. Dans les quatre pays, la possession d'un poste radio est relativement importante et concerne plus de la moitié des ménages (variant de 51 % au Togo à 66 % en Côte d'Ivoire). La possession de ce moyen d'information est plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural. Au Burkina Faso, 82 % des ménages urbains disposent d'un poste radio contre 53 % en milieu rural. Ces proportions sont estimées, respectivement, à 71 % et 43 % au Cameroun, 76 % et 59 % en Côte d'Ivoire et, enfin, 69 % et 42 % au Togo.

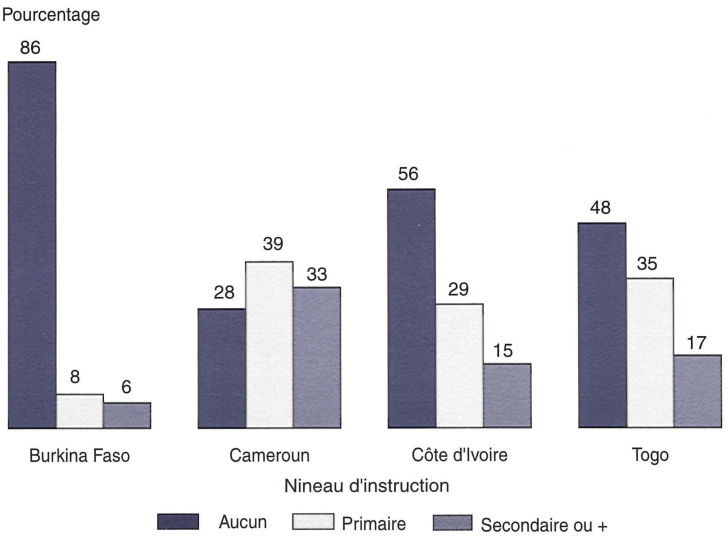
Par contre, le poste de télévision est peu répandu dans les quatre pays, avec une couverture qui varie de 6 % au Burkina Faso à 29 % en Côte d'Ivoire. La faible couverture en téléviseur concerne particulièrement les zones rurales, variant de moins de 1 % au Burkina Faso à 13 % en Côte d'Ivoire. Par contre en milieu urbain burkinabé, camerounais et togolais, près du tiers des ménages disposent d'une télévision et, en Côte d'Ivoire, ils sont plus de la moitié (51 %).

Niveau d'instruction et fréquentation scolaire

Les résultats du tableau 3 indiquent que, dans les quatre pays, les femmes sont nettement moins instruites que les hommes. Au Burkina Faso, bien que les hommes soient mieux instruits, leur niveau d'instruction demeure relativement faible : à peine un quart des hommes burkinabé âgés de 15-59 ans ont fréquenté l'école contre 14 % des femmes de 15-49 ans. Dans les autres pays, ces proportions qui sont plus importantes sont estimées, respectivement, à 60 % et 44 % en Côte d'Ivoire, 77 % et 52 % au Togo et, enfin, 85 % et 72 % au Cameroun.

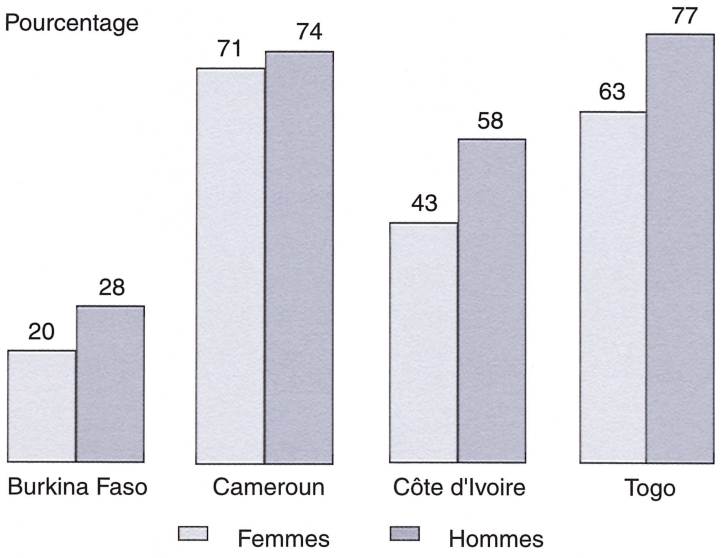
Le faible niveau d'instruction de la population burkinabé est particulièrement prononcé dans les zones rurales où seulement 15 % des hommes de 15-59 ans et 6 % des femmes de 15-49 ans ont fréquenté l'école contre, respectivement, 66 % et 53 % en milieu urbain (graphique 2). Dans les milieux ruraux ivoiriens et togolais, on note également une faible proportion de femmes de 15-49 ans qui sont instruites : respectivement 33 % et 39 % contre 48 % et 69 % des hommes de 15-59 ans du même milieu. Par contre, au Cameroun, on note une généralisation plus importante de l'instruction qui concerne aussi bien les femmes que les hommes et le milieu rural que le milieu urbain. Huit hommes de 15-59 ans sur dix (80 %) et près de sept femmes sur dix (65 %) du milieu rural camerounais sont instruits. Ces proportions sont plus importantes que celles observées même dans le milieu urbain du Burkina Faso. En milieu urbain camerounais, l'instruction est quasi-universelle chez les hommes de 15-59 ans (93 %) et concerne 84 % des femmes de 15-49 ans.

Graphique 2
Niveau d'instruction des femmes de 15-49 ans



Le tableau 3 fournit également le taux de fréquentation scolaire qui, pour un groupe d'âges donné, est le pourcentage de personnes fréquentant un établissement scolaire au moment de l'enquête; il s'agit d'un indicateur d'accès de la population au système éducatif. Au Burkina Faso, les taux de fréquentation scolaire sont très faibles aussi bien chez les filles que chez les garçons de 6-15 ans (respectivement, 20 % et 28 %), surtout en milieu rural (respectivement, 13 % et 22 %) (graphique 3). Par contre, en milieu urbain, les taux de fréquentation scolaire sont relativement importants, aussi bien chez les garçons que chez les filles (respectivement, 70 % et 62 %). Au Cameroun et au Togo, les taux de fréquentation scolaire sont relativement élevés, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural et aussi bien chez les garçons que chez les filles.

Graphique 3
Fréquentation scolaire
(Femmes et hommes de 6-15 ans)



Accès aux média

Au tableau 3 figurent également des informations relatives à l'accès des femmes aux média (la radio, la télévision et les journaux). Ces résultats sont particulièrement importants pour la mise en place des programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur la santé et la planification familiale. Au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Togo, la majorité des femmes ont accès à, au moins, un des média (respectivement, 69 %, 67 % et 59 %). Par contre, au Burkina Faso, seulement un quart des femmes (25 %) ont accès à, au moins, un des moyens d'information. Au Burkina Faso, comme dans les autres pays, l'inaccessibilité aux média concerne particulièrement les femmes du milieu rural où 84 % d'entre elles n'écoutent pas la radio, ne regardent pas la télévision et ne lisent aucun journal, contre 29 % en milieu urbain. Au Cameroun, ces proportions sont estimées à 71 % en milieu rural contre 29 % en milieu urbain. C'est en Côte d'Ivoire et au Togo qu'on observe la proportion la moins importante de femmes rurales n'ayant accès à aucun des média (respectivement, 46 % et 52 %). Pour ces deux pays, en milieu urbain, cette proportion est estimée à, respectivement, 16 % et 21 %.

FÉCONDITÉ ET NUPTIALITÉ

L'un des principaux objectifs des EDS est de recueillir des informations sur les niveaux et les tendances de la fécondité dans les quatre pays et d'étudier leurs variations selon les caractéristiques socio-démographiques de la femme (âge, milieu de résidence, niveau d'instruction, etc.). Dans chaque pays, l'enquête a permis de collecter des informations sur l'histoire génésique des femmes âgées de 15-49 ans ainsi que sur les caractéristiques de la fécondité différentielle, sur la grossesse actuelle et sur les intentions concernant les grossesses futures.

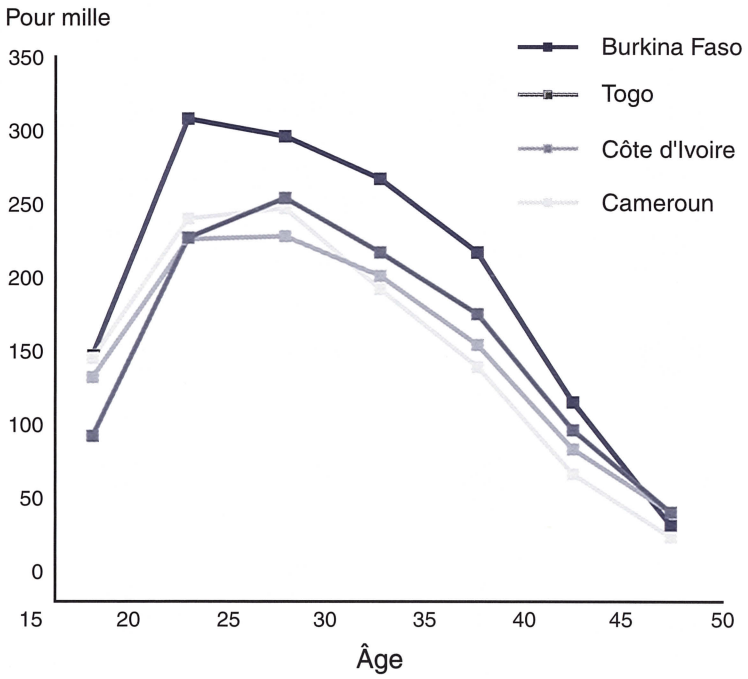
Afin d'améliorer la qualité des données sur la fécondité, les questions étaient posées de façon rigoureuse de manière à permettre aux enquêtrices de pouvoir déceler les erreurs dans les déclarations des mères. Après avoir posé toutes les questions du tableau de l'historique des naissances, l'enquêtrice devait rapprocher le nombre total d'enfants déclaré par la mère à celui obtenu à partir du tableau de l'historique des naissances afin de corriger d'éventuelles incohérences.

Niveaux, tendances et variations

Le tableau 4 présente, pour chaque pays, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF), l'intervalle intergénésique, l'âge médian à la première naissance et le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde (déjà mères ou enceintes d'un premier enfant).

L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est une mesure de la fécondité actuelle calculée à partir du cumul des taux de fécondité par âge. L'ISF représente le nombre d'enfants nés vivants qu'aurait une femme à la fin de sa vie féconde dans les conditions actuelles de fécondité. Trois pays, le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Togo ont des ISF pratiquement identiques (5,2 enfants par femme pour les deux premiers pays et 5,4 pour le dernier). Par contre, le Burkina Faso se distingue nettement de ces trois pays avec une fécondité nettement plus élevée de 6,8 enfants par femme, soit environ un enfant et demi de plus. En fait, les femmes burkinabé débutent beaucoup plus tôt et terminent beaucoup plus tard leur vie féconde que les femmes des trois autres pays (graphique 4). Au Burkina Faso, la fécondité n'a pratiquement pas changé entre l'EDSB-I de 1993 (6,9 enfants par femme) et l'enquête actuelle.

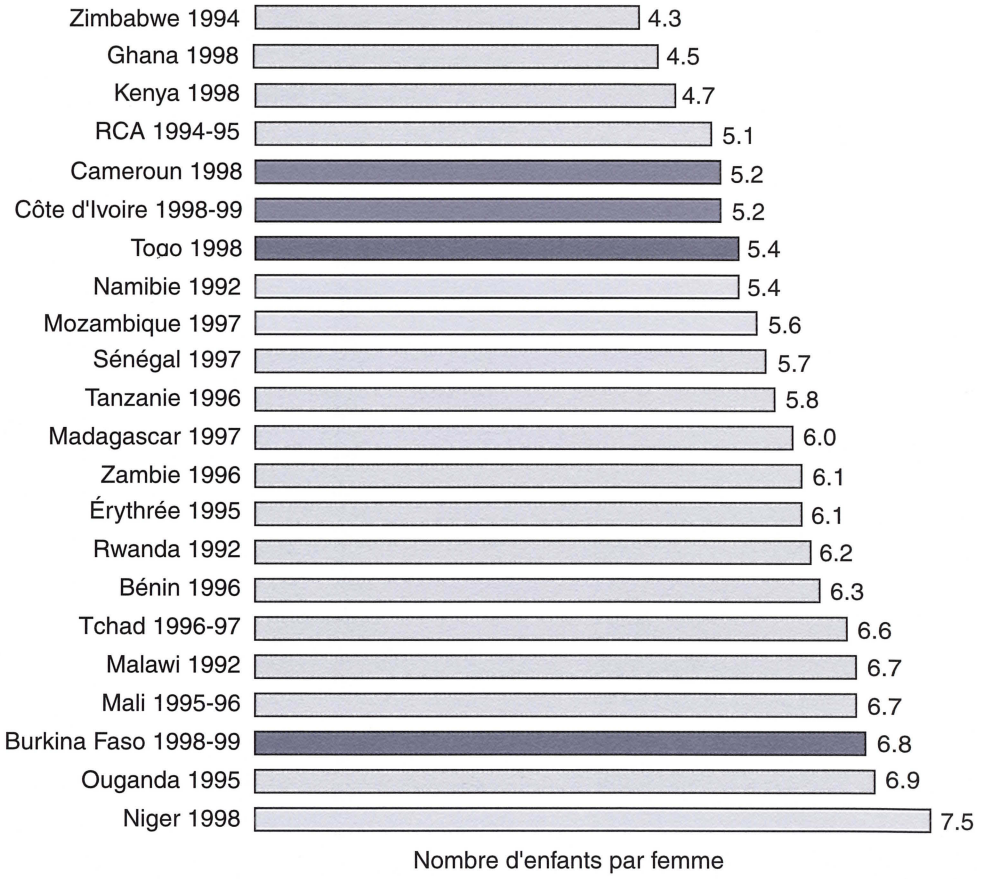
Graphique 4
Taux de fécondité générale par âge



Par contre, dans les trois autres pays, la fécondité a connu une baisse. Le Togo, avec 5,4 enfants par femme a un niveau de fécondité inférieur de plus d'un enfant à celui estimé lors de la première EDS de 1988 (6,6). Par rapport au résultat de l'EDCI-I de 1994 (5,7 enfants par femme), on note également, en Côte d'Ivoire, une baisse de la fécondité d'un demi enfant en l'espace de cinq ans. Au Cameroun, entre les deux enquêtes (1991 et 1998), on observe une baisse de 0,6 enfants (ISF de 5,2 contre 5,8), pratiquement indentique à celle observée en Côte d'Ivoire.

À l'heure actuelle, le niveau de fécondité observé dans ces trois pays est parmi les plus faibles d'Afrique subsaharienne, même s'il reste supérieur à celui observé dans les pays d'Afrique anglophone comme le Zimbabwe et le Kenya qui sont parmi les premiers pays dont les EDS, réalisées au début des années 1990, ont révélé une baisse significative de la fécondité (graphique 5).

Graphique 5
Indice synthétique de fécondité en Afrique subsaharienne



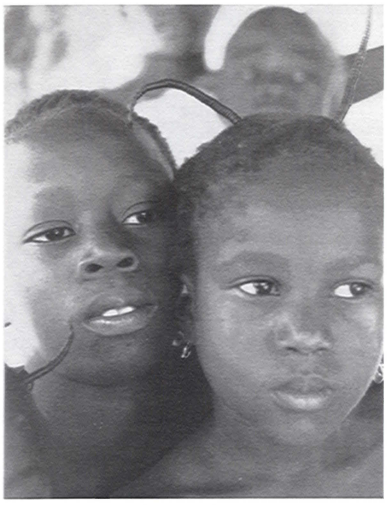
Un autre point commun aux quatre pays, y compris le Burkina Faso, réside dans le fait que les femmes urbaines ont une fécondité nettement moins élevée que les femmes rurales. Les écarts les plus importants sont observés au Burkina Faso et au Togo où une femme urbaine a, à la fin de la vie féconde, en moyenne, trois enfants de moins q'une femme rurale (respectivement, 4,1 contre 7,3 et 3,3 contre 6,5). Au Cameroun et en Côte d'Ivoire cet écart est d'environ 2 enfants (respectivement, 3,9 contre 5,8 et 4,0 contre 6,0).

Ces résultats montrent, par ailleurs, que la forte fécondité du Burkina Faso est due, d'une part, au comportement fécond des femmes rurales et, d'autre part, à son faible niveau d'urbanisation. Comme on l'a constaté au tableau 3, seulement 14 % de la population burkinabé vit en milieu urbain contre plus de 30 % dans les trois autres pays.

Intervalle intergénésique

De nombreuses études et, en particulier les enquêtes EDS, ont montré que les intervalles intergénésiques courts (inférieur à 24 mois) augmentent la morbidité et la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Le tableau 4 fournit la répartition des naissances des cinq années précédant l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente selon le milieu de résidence.

Il apparaît que la proportion de naissances précédées d'un intervalle intergénésique court (moins de 2 ans) est nettement plus importante au Cameroun (25 %) que dans les autres pays, en particulier le Togo (14 %). Au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire, cette proportion est estimée, respectivement, à 17 % et 16 %. Toutefois, dans les quatre pays, plus de la moitié des naissances se produisent plus d'un et demi après la naissance précédente, l'intervalle médian variant de 31,5 mois au Cameroun à un niveau pratiquement similaire dans les trois autre pays : 34,8 mois au Burkina Faso, 35, 5 mois en Côte d'Ivoire et 36,0 mois au Togo.



Macro International

Si, au Cameroun, l'intervalle entre naissances ne varie pratiquement pas selon le milieu de résidence (32,5 mois en milieu urbain contre 31,2 mois en milieu rural), dans les trois autres pays, les intervalles entre naissances sont nettement plus courts en milieu urbain qu'en milieu rural : 38,3 mois contre 34,4 au Burkina Faso, 39,0 mois contre 34,1 en Côte d'Ivoire et, enfin, 39,6 mois contre 36,0 au Togo.

Âge à la première naissance

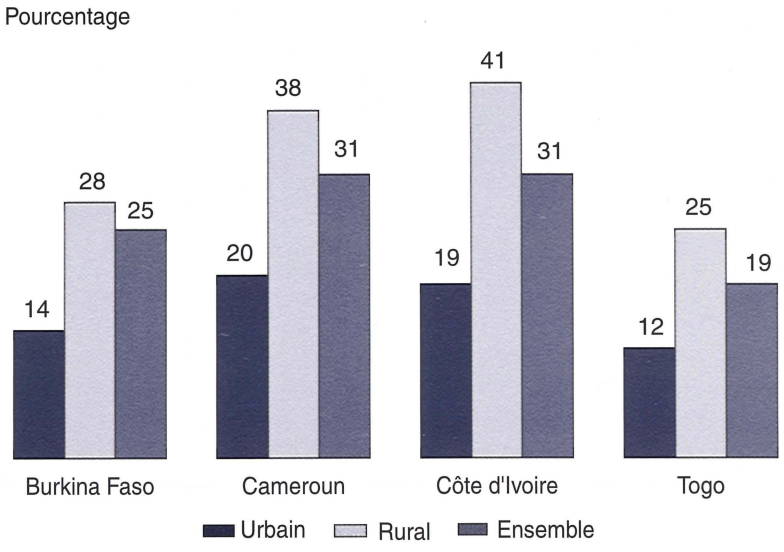
L'âge auquel les femmes ont leur premier enfant influence généralement leur descendance finale et peut avoir des répercussions importantes sur la santé maternelle et infantile. Le tableau 4 indique que l'âge médian à la première naissance est pratiquement identique au Burkina Faso, au Cameroun et en Côte d'Ivoire (respectivement, 19,3 ans et 19,0 ans pour les deux derniers pays) et d'environ un an plus élevé au Togo (20,1 ans). Cet âge, bien qu'il soit plus précoce en milieu rural, ne varie qu'assez peu selon le milieu de résidence.

Fécondité des adolescentes

L'étude de la fécondité des adolescentes (jeunes filles âgées de 15-19 ans) est importante dans la mesure où l'accouchement précoce a des conséquences néfastes sur la santé des mères et des enfants. Le tableau 4 présente les proportions des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants ou qui sont enceintes pour la première fois. Il ressort de ce tableau que la fécondité est nettement plus précoce au Cameroun et en Côte d'Ivoire avec 31 % des adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde (elles ont déjà eu, au moins, un enfant ou sont enceintes d'un premier enfant) qu'elle ne l'est au Burkina Faso (25 %) et surtout au Togo (19 %) (graphique 6).

On note, par ailleurs, que la précocité de la fécondité est plus accentuée chez les adolescentes vivant en milieu rural que chez celles du milieu urbain. Au Cameroun et en Côte d'Ivoire, près de deux adolescentes sur cinq du milieu rural (respectivement, 38 % et 41 %) ont déjà commencé leur vie féconde, contre environ une sur cinq en milieu urbain (respectivement, 20 % et 19 %). Au Burkina Faso et au Togo, plus du quart des *adolescentes du milieu rural ont également commencé leur vie féconde (respectivement, 28 % et 25 %) contre, respectivement, 14 % et 12 % en milieu urbain.*

Graphique 6
Adolescentes ayant commencé leur vie féconde



Nuptialité

L'objet de cette section est de présenter un des facteurs qui joue, en dehors de la contraception, un rôle déterminant sur la fécondité : il s'agit de la nuptialité.

État matrimonial

La situation matrimoniale des femmes de 15-49 ans au moment de l'enquête par milieu de résidence est présentée au tableau 4. Dans les quatre pays, la majorité des femmes sont en union. Le pourcentage le plus élevé est observé au Burkina Faso (80 %), suivi de loin par le Togo (68 %) et le Cameroun (67 %); et c'est la Côte d'Ivoire qui a le pourcentage le plus faible (61 %). Si la proportion de femmes burkinabé en union diffère peu par milieu de résidence, dans les trois autres pays, les différentiels sont relativement prononcés, les femmes en union étant toujours proportionnellement plus nombreuses en milieu rural qu'en milieu urbain.

Le célibat touche plus les femmes ivoiriennes (30 %) que les femmes des trois autres pays : Togo (25 %) et Cameroun (23 %). Au Burkina Faso, le pourcentage des célibataires est extrêmement faible (17 %). De même, c'est aussi au Burkina Faso qu'il y a le moins de femmes en rupture d'union (veuves ou divorcées) : le pourcentage est inférieur à 3 %. Dans les trois autres pays, les pourcentages se situent entre 7 % et 10 %. Comme il fallait s'y attendre, dans les quatre pays, il y plus de femmes célibataires et en rupture d'union en milieu urbain qu'en milieu rural.

Chez les hommes de 15-59 ans, le pourcentage de ceux en union varie de 48 % en Côte d'Ivoire à 57 % au Burkina Faso. Pour ce qui est des hommes célibataires, leur pourcentage est de loin supérieur à celui des femmes : il varie d'un minimum de 41 % au Burkina Faso et un maximum de 47 % en Côte d'Ivoire. On observe, par ailleurs, que dans les quatre pays, les hommes en rupture d'union sont proportionnellement moins nombreux que les femmes de cette catégorie. Par milieu de résidence, il y a plus d'hommes en union et, par conséquent, moins d'hommes célibataires en milieu rural qu'en milieu urbain.

Polygamie

La polygamie est assez répandue dans les quatre pays. Plus d'une femme burkinabé sur deux (54 %) et plus de quatre femmes togolaises sur dix (43 %) ont, au moins, une co-épouse. Dans les deux autres pays, les pourcentages sont de 33 % au Cameroun et de 35 % en Côte d'Ivoire. La polygamie est beaucoup plus pratiquée par les femmes rurales que par les femmes urbaines.

Chez les hommes, le taux de polygamie (rapport des hommes en union polygame à l'ensemble des hommes mariés) varie de 17 % en Côte d'Ivoire à 32 % au Burkina Faso. La polygamie est également plus répandue parmi les hommes du milieu rural que ceux du milieu urbain. Par exemple, au Togo, le pourcentage d'hommes mariés en union polygame atteint 16 % en milieu urbain contre 28 % en milieu rural.

Âge à la première union et aux premiers rapports sexuels

Dans les sociétés où la tradition valorise la virginité, l'entrée en première union marque le début de l'exposition au risque de conception. Pour l'étude de la primo-nuptialité, on présente ici l'âge médian à la première union des femmes de 25-49 ans.

Chez les femmes, cet âge est généralement précoce : il se situe entre 19 ans environ en Côte d'Ivoire et au Togo et 17,4 ans au Cameroun. Chez les Burkinabé, l'âge médian est de 17,6 ans. Par ailleurs, on constate que les femmes du milieu urbain se marient plus tardivement que les femmes du milieu rural, mais les différences ne sont pas très importantes : l'écart le plus marqué est observé au Cameroun (1,6 an), et le plus faible au Burkina Faso (1 an).

Macro International/J. Schoemaker

Par rapport aux femmes, les hommes entrent en union plus tardivement. L'âge médian au premier mariage des hommes de 30-59 ans est pratiquement le même dans les quatre pays : environ 25 ans au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Togo, et un peu moins de 26 ans au Cameroun. Par milieu de résidence, l'âge au mariage est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural mais, comme chez les femmes, l'écart est relativement faible (inférieur à 2 ans).

Bien que les rapports sexuels soient traditionnellement acceptés dans le seul cadre du mariage, l'évolution de la société a largement favorisé les rapports sexuels prénuptiaux. Ces rapports marquent, en fait, le début de l'exposition au risque de grossesse.

Les rapports sexuels prénuptiaux sont précoces et communs chez les femmes du Cameroun, de la Côte d'Ivoire et du Togo. Ces femmes ont, en moyenne, des relations sexuelles un an et demi avant d'entrer en première union. Par contre, au Burkina Faso, ce phénomène est rare. Comme pour l'âge à la première union, l'activité sexuelle des femmes débute plus tardivement en milieu urbain qu'en milieu rural. Mais les écarts entre l'âge à la première union et celui des relations prénuptiales sont beaucoup plus importants chez les femmes urbaines que chez les femmes rurales.

Les rapports sexuels prénuptiaux sont également communs chez les hommes des quatre pays. L'âge médian varie de plus de 18 ans au Cameroun et en Côte d'Ivoire à moins de 21 ans au Burkina Faso. Contrairement aux femmes, les écarts entre l'âge aux premiers rapports sexuels et celui à la première union sont importants : ils atteignent 7 ans au Cameroun et en Côte d'Ivoire. Par milieu de résidence, à l'exception de la Côte d'Ivoire, l'âge aux premiers rapports sexuels varie très peu entre le milieu rural et le milieu urbain.

Macro International

PLANIFICATION FAMILIALE ET BESOINS POTENTIELS EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION

Depuis les conférences internationales sur la population de Mexico (1984) et du Caire (1994), les autorités politiques des pays africains ont officiellement manifesté leur volonté de promouvoir et de soutenir la planification familiale (PF) en vue de l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Cette volonté s'est traduite entre autre par l'adoption d'une Politique Nationale de Population dans chacun des pays étudiés ici.

L'évaluation de la pratique de la planification familiale constitue un important objectif dans les enquêtes EDS.

Lors des enquêtes, les informations suivantes ont été collectées :

- la connaissance et la pratique de la contraception;
- le nombre d'enfants à la première utilisation d'une méthode contraceptive;
- la connaissance de la période féconde;
- les sources d'approvisionnement en contraceptifs;
- l'intention d'utiliser la contraception dans le futur;
- les opinions et attitudes vis-à-vis de la planification familiale.

Ces informations permettent de faire l'état de la situation actuelle en matière de planification familiale et d'envisager de nouvelles orientations dans ce domaine.

Connaissance de la contraception

Dans le cadre des EDS, la connaissance d'une méthode contraceptive par une personne enquêtée signifie tout simplement qu'elle a entendu parler de cette méthode. Les informations sur la connaissance des méthodes contraceptives ont été collectées de deux façons différentes. Premièrement, après avoir informé la personne enquêtée de l'existence de méthodes ou moyens qu'un couple pouvait utiliser pour retarder ou prévenir la survenue d'une grossesse, l'enquêtrice lui posait la question suivante : "De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?" Chaque méthode ou moyen cité ainsi était enregistré et considéré comme connaissance *spontanée*. Ensuite, chaque méthode non mentionnée par l'enquêté(e) était décrite par l'enquêtrice avant de lui demander si elle (il) en avait entendu parler. Toute méthode mentionnée dans ce cas est considérée comme connaissance *après description*.

Tableau 5 Planification familiale

Indicateur	Burkina Faso			Cameroun			Côte d'Ivoire			Togo		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Femmes en union connaissant (%) :												
- au moins, une méthode de contraception	97,8	76,5	79,2	93,5	70,3	77,2	94,6	86,2	89,1	98,4	96,0	96,7
- au moins, une méthode moderne [1]	97,6	74,3	77,2	92,9	69,5	76,5	94,0	83,3	86,9	97,7	91,6	93,4
Femmes en union utilisant actuellement (%) :												
- une méthode quelconque	29,4	9,3	11,9	34,6	12,9	19,3	24,2	10,2	15,0	27,0	22,0	23,5
- une méthode moderne [1]	20,1	2,6	4,8	13,1	4,5	7,1	12,4	4,6	7,3	10,3	5,5	7,0
- une méthode traditionnelle [2]	9,3	6,7	7,0	21,5	8,3	12,3	11,8	5,6	7,8	16,6	16,4	16,5
Hommes en union connaissant (%) :												
- au moins, une méthode de contraception	99,1	92,3	93,4	97,2	84,0	88,0	98,5	90,0	93,1	98,0	98,3	98,2
- au moins, une méthode moderne [1]	98,9	91,0	92,2	96,1	81,0	85,6	98,5	90,0	93,1	97,5	95,3	96,0
Hommes en union utilisant actuellement (%) :												
- une méthode quelconque	57,8	36,0	39,5	47,4	29,4	34,8	39,5	20,6	27,5	49,2	39,1	42,1
- une méthode moderne [1]	29,4	10,2	13,3	21,2	9,6	13,1	21,7	8,1	13,1	22,1	10,7	14,1
- une méthode traditionnelle [2]	28,4	25,8	26,2	26,2	19,8	21,7	17,8	12,5	14,4	27,1	28,4	28,0
Approvisionnement en méthodes auprès du secteur public (%)												
Pilule	a	a	85,3	a	a	37,1	a	a	45,4	a	a	37,6
Condom	a	a	7,3	a	a	4,3	a	a	1,0	a	a	14,9
Ensemble des méthodes modernes	a	a	53,0	a	a	31,9	a	a	30,8	a	a	48,0
Femmes ayant vu ou entendu un message sur la PF à la radio et/ou la télévision (%) [3]	69,3	24,8	32,3	41,3	15,0	24,3	54,6	29,5	40,0	34,8	17,0	23,7
Besoins non satisfaits en matière de PF (%) :												
- pour espacer les naissances	14,9	19,6	19,0	6,6	6,7	6,6	19,0	20,6	20,0	16,6	23,4	21,4
- pour limiter les naissances	9,2	6,5	6,8	6,5	6,4	6,4	7,5	7,7	7,6	11,2	10,8	10,9
- ensemble	24,1	26,1	25,8	13,1	13,0	13,0	26,4	28,3	27,7	27,7	34,2	32,3
Demande potentielle totale en PF (%) : [4]												
- pour espacer les naissances	35,1	27,0	28,0	28,9	14,4	18,7	35,5	27,3	30,1	31,9	37,7	36,0
- pour limiter les naissances	18,5	8,4	9,7	18,8	11,5	13,7	15,1	11,3	12,6	22,8	18,5	19,8
- ensemble	53,5	35,4	37,7	47,6	25,9	32,4	50,6	38,5	42,7	54,7	56,2	55,8

[a] Trop peu de cas pour être calculé par milieu de résidence.
[1] C'est-à-dire : pilule, DIU, injection, méthodes vaginales (spermicide, diaphragme, etc.), condom, Norplant et stérilisations féminine et masculine.
[2] C'est-à-dire : continence périodique, retrait et méthodes populaires.
[3] Au cours du mois précédant l'enquête.
[4] Besoins non satisfaits et utilisation actuelle.

Pour les besoins de l'analyse, on distinguera deux catégories de méthodes :

- *Méthodes modernes*, à savoir la pilule, le DIU ou stérilet, l'injection, les méthodes vaginales (spermicides, mousses, gelée, crème), le diaphragme, le condom, la stérilisation féminine (généralement ligature des trompes), la stérilisation masculine (vasectomie) et le norplant.
- *Méthodes traditionnelles*, à savoir la continence périodique et le retrait.

Les autres méthodes comme les cordes, bagues, préparations ou autres ont été classées dans la catégorie des *méthodes populaires*.

Les résultats présentés au tableau 5 montrent que la connaissance de la contraception est quasi-universelle au Togo (97 % des femmes en union ont entendu parler d'au moins une méthode) et au niveau du milieu urbain des trois autres pays, le Burkina Faso (98 %), le Cameroun (94 %) et la Côte d'Ivoire (95 %). Au niveau national, la connaissance de la contraception dans ces trois derniers pays est, respectivement, de 79 %, 77 % et 89 %. Dans le milieu rural de ces trois pays, on note en effet qu'une proportion importante de femmes n'ont jamais entendu parler de la contraception : 30 % au Cameroun, 23 % au Burkina Faso et 14 % en Côte d'Ivoire. Par contre dans le milieu rural togolais, seulement 4 % des femmes n'ont jamais entendu parler des méthodes contraceptives.

Au niveau des hommes en union, la connaissance est quasi-générale aussi bien au Togo (98 %) qu'au Burkina Faso (93 %), en Côte d'Ivoire (93 %) et, dans une moindre mesure, au Cameroun (88 %). Comme chez les femmes, la connaissance est moins répandue en milieu rural qu'en milieu urbain.

Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, en milieu ubain ou en milieu rural, le niveau de connaissance d'au moins une méthode moderne de contraception est légèrement plus faible que le niveau de connaissance d'une méthode quelconque. Néanmoins, les écarts de niveau de connaissance sont très faibles.

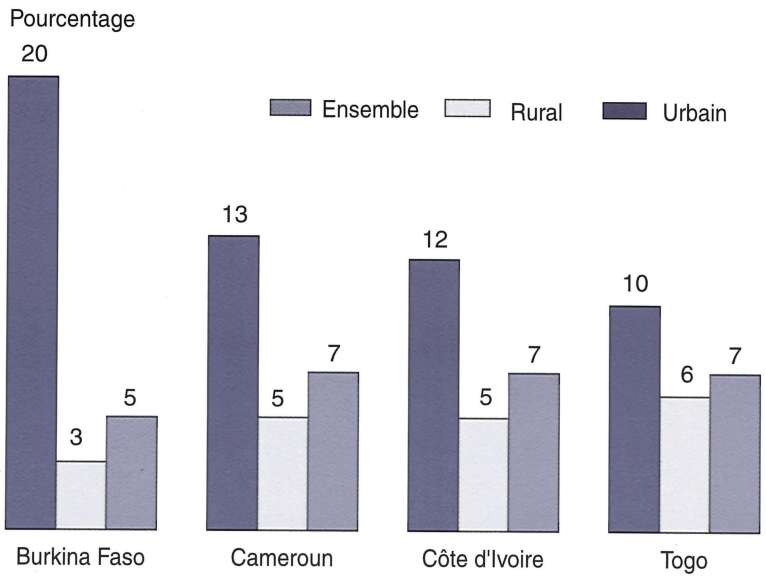
Utilisation actuelle de la contraception

La prévalence contraceptive est définie comme le pourcentage de femmes qui utilisent une méthode de contraception au moment de l'enquête. Elle permet d'évaluer l'impact des programmes de planification familiale dans le pays.

Le tableau 5 présente les proportions de femmes en union qui utilisent une méthode contraceptive au moment de l'enquête, soit les taux de prévalence contraceptive. Si la connaissance de la contraception est quasi-universelle au Togo et concerne, dans les trois autres pays, plus des trois quarts des femmes en union, moins du

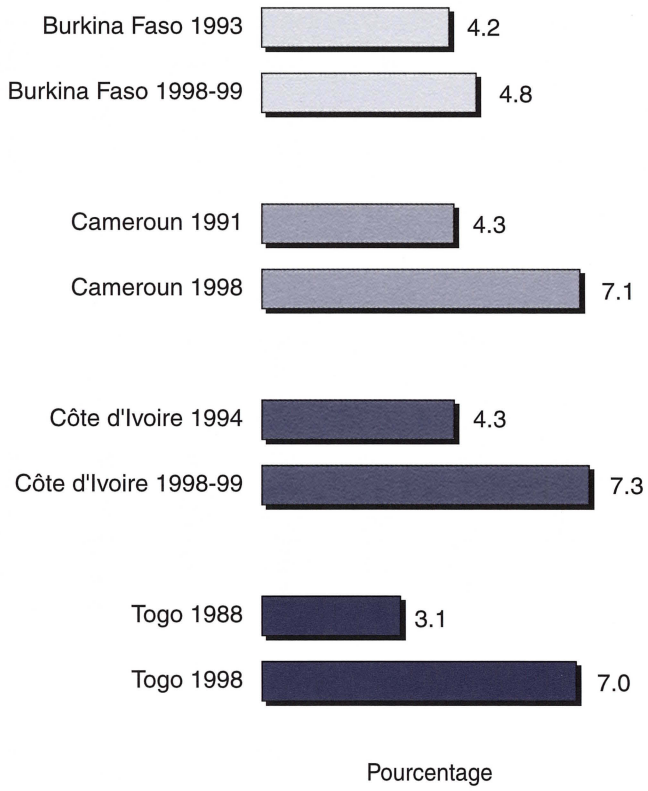
quart des femmes ont déclaré utiliser une méthode de contraception au moment des enquêtes. L'utilisation la plus importante est observée au Togo (24 %), suivi par le Cameroun (19 %), la Côte d'Ivoire (15 %) et, enfin, le Burkina Faso (12 %). Lorsqu'on se limite aux seules méthodes modernes, l'utilisation est pratiquement identique dans les trois premiers pays (7 %), un peu plus élevée que celle du Burkina Faso (5 %). Cependant, en milieu urbain, les femmes burkinabé utilisent plus la contraception moderne que celles des autres pays (20 % contre 13 % au Cameroun, 12 % en Côte d'Ivoire et 10 % au Togo). En revanche, en milieu rural, les femmes de ces trois pays utilisent plus la contraception moderne (environ 5 %) que les femmes burkinabé (3 %) (Graphique 7).

Graphique 7
Prévalence de la contraception moderne
(Femmes de 15-49 ans en union)



Bien que le niveau de prévalence contraceptive reste relativement faible dans les quatre pays, la proportion de femmes en union qui utilisent une méthode moderne est en nette augmentation par rapport aux résultats obtenus au cours des enquêtes EDS précédentes : elle a plus que doublé au Togo en l'espace de dix ans et elle a presque doublé au Cameroun, en l'espace de sept ans, et en ire, cinq ans seulement. Seul le Burkina Faso n'a connu qu'une augmentation très limitée de la prévalence contraceptive qui est passée de 4 % en 1993 à 5 % en 1998-99 (Graphique 8).

Graphique 8
Tendances de la prévalence de la contraception moderne (Femmes de 15-49 ans en union)



Chez les hommes en union, on note des taux d'utilisation de la contraception plus importants que chez les femmes en union. Le Togo vient en tête (42 %), suivi du Burkina Faso (40 %), du Cameroun (35 %) et, enfin, de la Côte d'Ivoire (28 %). L'écart le plus important est observé au Burkina Faso où la prévalence contraceptive des hommes est plus de trois fois plus élevée que celui des femmes (3,3 fois, contre 1,8 fois dans les autres pays). Lorsqu'on se limite aux seules méthodes modernes, le taux d'utilisation de la contraception est quasi-identique dans les quatre pays (14 % au Togo et 13 % dans les trois autres pays). Ces taux sont toujours supérieurs à ceux des femmes mais dans des proportions moins importantes que pour l'ensemble des méthodes. Cet écart est essentiellement dû à une utilisation plus importante du condom chez les hommes. L'utilisation des méthodes traditionnelles, en général la continence périodique et le retrait, est également plus souvent citée par les hommes que par les femmes.

Sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives

Pour évaluer la contribution des secteurs public et privé dans la distribution des méthodes modernes de contraception, on a demandé aux femmes utilisatrices d'indiquer l'endroit où elles s'approvisionnent. Le tableau 5 présente la proportion d'utilisatrices actuelles de certaines méthodes contraceptives modernes qui se sont approvisionnées auprès du secteur public de santé. Au Burkina Faso, le secteur public constitue la principale source d'approvisionnement des méthodes de contraception (53 %), notamment pour la pilule (85 %). Au Togo, on note également un rôle important du secteur public dans l'approvisionnement des méthodes de contraception (48 %). Par contre, dans les deux autres pays, moins du tiers des femmes s'approvisionnent en méthodes contraceptives auprès des établissements publics de santé : 32 % au Cameroun et 31 % en Côte d'Ivoire. Toutefois, en Côte d'Ivoire, le secteur public joue un rôle assez important dans l'approvisionnement en pilule (45 %, contre 38 % au Togo et 37 % au Cameroun). Concernant l'approvisionnement en condom, la contribution du secteur public est minime, surtout en Côte d'Ivoire (1 %, contre 4 % au Cameroun, 7 % au Burkina Faso et 15 % au Togo).

Informations sur la contraception

Pour évaluer l'impact des média dans la vulgarisation de la pratique contraceptive, on a demandé aux femmes si elles avaient entendu, au cours des derniers mois, un message sur la planification familiale à la radio ou à la télévision.

Les résultats du tableau 5 montrent que la majorité des femmes n'ont pas entendu de message sur la planification familiale ni à la radio, ni à la télévision. Au Togo et au Cameroun, moins du quart des femmes (24 % dans chaque cas) ont entendu parler de la planification familiale à la radio ou à la télévision. La proportion la plus importante est observée en Côte d'Ivoire (40 %), suivi du Burkina Faso (32 %). En milieu urbain burkinabé, on note la proportion la plus importante de femmes ayant entendu parler de la planification familiale à la radio ou à la télévision (69 %), suivi du milieu urbain de la Côte d'Ivoire (55 %), du Cameroun (41 %) et, enfin, du Togo (35 %). Cependant, en milieu rural, l'accès à des messages sur la planification familiale par le biais de la radio ou de la télévision est faible : estimé à 30 % en milieu rural ivoirien et à 25 % en milieu rural burkinabé, il ne concerne que 17 % des femmes du milieu rural togolais et 15 % des femmes rurales camerounaises.

Besoins en matière de planification familiale

Les femmes actuellement en union non-utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré qu'elles ne voulaient plus d'enfants (elles souhaitent limiter leurs naissances) et celles qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant d'avoir un autre enfant (elles souhaitent espacer leurs naissances) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception. La demande potentielle totale en planification familiale est constituée par l'ensemble des femmes qui ont des besoins non satisfaits et de celles qui utilisent actuellement la contraception. Cette demande est constituée par l'ensemble des femmes qui ont des besoins non satisfaits et de celles qui utilisent actuellement la contraception.

Les besoins non satisfaits sont moins importants au Cameroun (13 %) comparé aux trois autres pays où plus du quart des femmes ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale : 32 % au Togo, 28 % en Côte d'Ivoire et 26 % au Burkina Faso. Dans ces trois pays, les besoins non satisfaits sont essentiellement orientés vers l'espacement des naissances (respectivement, 21 %, 20 % et 19 %). Par contre, au Cameroun, les besoins non satisfaits sont pratiquement identiques pour l'espacement et la limitation des naissances (respectivement, 7 % et 6 %). Au Cameroun, on note également que les besoins non satisfaits ne varient pratiquement pas selon le milieu de résidence. La variation la plus importante est observée au Togo où 34 % des femmes rurales ont des besoins non satisfaits contre 28 % des femmes urbaines.

Le tableau 5 fournit également des données sur la demande potentielle totale en planification familiale chez les femmes en union. La demande potentielle en matière de planification familiale varie de 56 % au Togo à 32 % au Cameroun. En Côte d'Ivoire et au Burkina Faso, elle est estimée, respectivement, à 43 % et 38 %. Au Togo, la demande potentielle ne varie pratiquement pas selon le milieu de résidence (55 % en milieu urbain, contre 56 % en milieu rural). Par contre, dans les autres pays, la demande potentielle est plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural : 54 % contre 35 % au Burkina Faso, 51 % contre 39 % en Côte d'Ivoire et, enfin, 48 % contre 26 % au Cameroun. Quel que soit le pays et le milieu de résidence, la demande potentielle pour l'espacement des naissances est plus importante que celle pour la limitation des naissances.

BUCREP/Cameroun

SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Un autre objectif essentiel des EDS est d'évaluer l'état de santé des mères et de leurs enfants.

Dans cette section, on abordera les thèmes suivants :

- les soins prénatals, les vaccinations antitétaniques et l'assistance à l'accouchement;
- la couverture vaccinale, et;
- la prévalence et le traitement des maladies de l'enfant.

L'analyse de ces données permet d'identifier les populations cibles pour les soins de santé de base, d'évaluer l'impact actuel des programmes de santé et de faire les changements appropriés pour améliorer les services.

Soins prénatals, vaccinations antitétaniques et assistance à l'accouchement

Les examens médicaux réguliers durant la grossesse peuvent diminuer considérablement la morbidité et la mortalité de la mère et de l'enfant. Dans les enquêtes des quatre pays, on a posé des questions relatives aux soins prénatals et à l'accouchement, y compris le nombre de visites prénatales, le stade de la grossesse à la première visite et le type de personne consultée, ainsi que le nombre d'injections antitétaniques que les femmes avaient reçues, le lieu de l'accouchement et le type de personne ayant assisté la femme à l'accouchement.

Le tableau 6 montre que, parmi les naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête, la majorité d'entre elles ont bénéficié d'une consultation prénatale. Le Burkina Faso a le niveau de consultation le plus faible avec 63 %, suivi du Cameroun avec 74 %. Au Togo et en Côte d'Ivoire, les pourcentages de consultations prénatales sont relativement élevés et atteignent, respectivement, 82 % et 84 %. Par milieu de résidence, les écarts sont moins prononcés au Cameroun, en Côte d'Ivoire et au Togo qu'au Burkina Faso où le niveau de consultations n'est que de 59 % en milieu rural contre 96 % en milieu urbain.

Tableau 6 Santé de la mère et de l'enfant

Indicateur	Burkina Faso			Cameroun			Côte d'Ivoire			Togo		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Naissances des trois dernières années pour lesquelles la mère a (%) :												
- bénéficié de soins prénatals par du personnel formé[1]	95,8	58,7	62,6	92,1	73,8	78,8	96,1	78,3	84,2	94,7	78,1	82,0
- reçu, au moins, une injection antitétanique pendant la grossesse	81,2	50,4	53,6	79,1	65,8	69,4	85,3	69,5	74,8	75,3	56,7	61,0
- été assistée à l'accouchement par du personnel formé [2]	91,7	25,5	32,3	84,9	48,2	58,2	79,6	32,0	47,8	89,5	49,7	58,8
Enfants de 12-23 moins qui ont reçu (%) : [3]												
BCG	96,4	69,5	72,3	91,8	68,6	74,8	94,3	78,8	83,7	88,0	72,3	75,7
Polio 0	84,6	45,8	49,8	75,5	51,4	57,8	13,6	7,3	9,3	77,4	53,8	59,0
Polio 1	89,1	80,4	81,3	94,6	79,8	83,7	91,9	83,6	86,3	87,5	75,0	77,7
Polio 3	71,6	39,1	42,4	61,9	41,6	47,1	77,5	52,7	60,6	64,4	41,6	46,6
DTCoq 1	83,0	58,3	60,8	89,4	67,4	73,3	91,6	78,8	82,9	82,0	62,4	66,7
DTCoq 3	71,6	32,8	36,8	67,9	44,2	50,5	78,3	52,7	60,9	61,9	36,4	42,0
Rougeole	75,5	42,3	45,8	67,6	49,3	54,2	82,0	58,8	66,2	58,0	38,2	42,6
Tous les vaccins du PEV [4]	57,8	24,1	27,6	48,6	31,2	35,8	69,6	41,8	50,7	46,3	26,5	30,8
Aucun vaccin du PEV	1,3	13,4	12,1	3,8	15,6	12,4	2,6	11,5	8,7	8,4	18,5	16,3
Enfants de moins de 3 ans qui ont souffert d'Infection Respiratoire Aiguë (IRA) au cours des 2 semaines avant l'enquête (%)	11,9	15,8	15,4	20,2	19,5	19,7	16,3	19,7	18,6	18,8	20,7	20,2
Enfants qui ont souffert d'IRA et qui ont été menés en consultation (%)	68,1	19,1	23,2	47,0	27,2	32,8	50,7	30,7	36,6	46,2	20,7	26,2
Enfants de moins de 3 ans qui ont eu la diarrhée au cours des 2 semaines avant l'enquête et qaui ont (%) :	24,4	25,1	25,0	17,0	19,7	18,9	20,6	28,9	26,1	27,0	32,3	31,1
- reçu des Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO) (%)	37,9	12,4	15,1	27,2	20,2	21,9	29,6	20,2	22,7	27,1	14,6	17,1
- bénéficié d'une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO) (%) [5]	43,3	15,5	18,5	44,1	30,4	33,8	40,2	24,8	28,9	33,5	20,0	22,8

[1] Au Burkina Faso, le personnel formé comprend les médecins, infirmières, sages-femmes et matrones; au Cameroun, il comprend les médecins, infirmières, sages-femmes et aides-soignantes; en Côte d'Ivoire et au Togo, le personnel formé comprend les médecins, infirmières et sages-femmes.

[2] Au Burkina Faso, le personnel formé comprend les médecins, infirmières, sages-femmes et matrones; au Cameroun, il comprend les médecins, infirmières, sages-femmes et aides-soignantes; en Côte d'Ivoire, il comprend les médecins, infirmières et sages-femmes; et au Togo, il comprend les médecins, infirmières, sages-femmes et matrones.

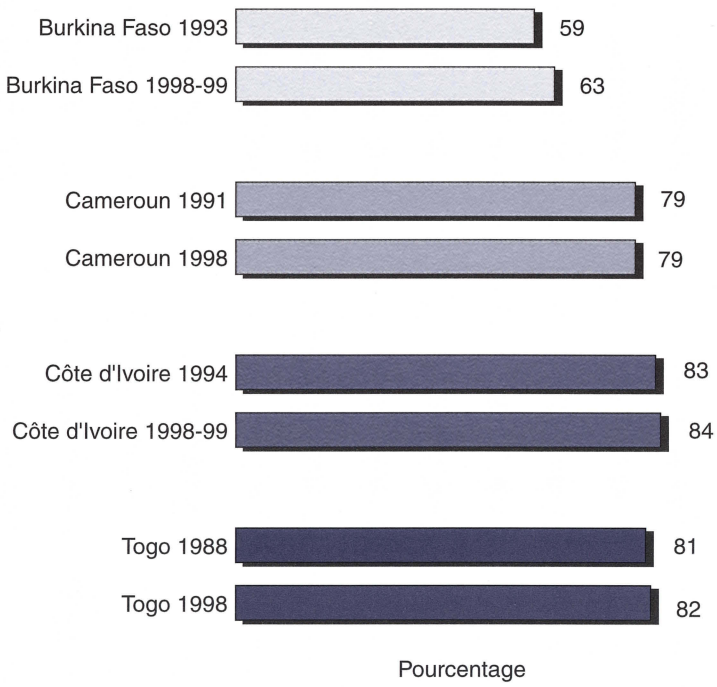
[3] D'après les carnets de vaccination ou les déclarations de la mère.

[4] Le Programme Élargi de Vaccination (PEV) comprend le BCG, la rougeole et les trois doses de DTCoq et de Polio (non compris Polio 0).

[5] La Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO) comprend les solutions commerciales de SRO et les solutions maison préparées avec un mélange d'eau, de sel et de sucre.

Au graphique 9 figurent l'évolution des soins prénatals par le personnel de santé entre deux enquêtes EDS pour chacun des quatre pays. Dans trois pays (Cameroun, Côte d'Ivoire et Togo), la situation n'a pratiquement pas changé. Par exemple, en dix ans, le pourcentage des consultations prénatales au Togo est passé de 81 % à 82 %. Par contre, au Burkina Faso où les soins prénatals sont moins développés que dans les trois autres pays, il y a eu une légère augmentation du niveau des consultations prénatales, passant de 59 % en 1993 à 63 % en 1998-1999.

Graphique 9
Soins prénatals
par du personnel formé



Le tableau 6 présente aussi les résultats concernant la vaccination antitétanique reçue par les mères pour toutes les naissances survenues durant les trois années ayant précédé l'enquête. Le tétanos néonatal est une des causes principales de décès des nouveaux-nés dans la plupart des pays en développement. L'injection antitétanique faite à la mère pendant la grossesse permet, non seulement de la protéger, mais aussi de protéger son enfant contre cette maladie. Pour une protection complète, une femme enceinte devrait recevoir deux doses de vaccin; cependant, si elle a déjà été vaccinée, par exemple lors d'une grossesse précédente, une seule dose est nécessaire.

Dans les quatre pays, le niveau des vaccinations antitétaniques est inférieur à celui des consultations prénatales. Au Burkina Faso, parmi les naissances vivantes des trois dernières années, environ 54 % ont été complètement ou partiellement protégés contre le tétanos néonatal; c'est le niveau le plus faible des quatre pays, suivi du Togo avec 61 %. Dans les deux autres pays, les pourcentages sont de 69 % au Cameroun et de 75 % en Côte d'Ivoire. Par ailleurs, des différences importantes apparaissent par milieu de résidence, et c'est le Burkina Faso qui enregistre le plus grand écart : 31 points de pourcentage en faveur des naissances urbaines. Dans les trois autres pays, les écarts en termes de points de pourcentage sont, par ordre décroissant, de 19 au Togo, 16 en Côte d'Ivoire et 13 au Cameroun.

Au niveau de l'assistance des mères à l'accouchement par le personnel de santé, on constate que, parmi les naissances des trois années ayant précédé l'enquête, seulement une naissance sur trois a été assistée par un professionnel de la santé au Burkina Faso (32 %), et moins d'une naissance sur deux en Côte d'Ivoire (48 %). Dans les deux autres pays, les pourcentages sont relativement meilleurs : 58 % au Cameroun et 59 % au Togo. L'examen des données par milieu de résidence met en évidence des disparités plus importantes que celles observées à propos des soins prénatals et des vaccinations antitétaniques. Il est évident qu'en milieu rural, le manque d'infrastructures sanitaires capables d'accueillir les femmes qui veulent accoucher explique, en grande partie, les faibles proportions de naissances qui ont été assistées par un personnel de la santé. En effet, au Burkina Faso, 92 % des naissances du milieu urbain ont été assistées par ce type de personnel contre seulement 26 % en milieu rural. Dans les trois autres pays, les écarts sont moins prononcés mais restent toutefois importants, surtout en Côte d'Ivoire (80 % en milieu urbain contre 32 % en milieu rural).

Direction de la Statistique/Togo

Vaccination

Un des indicateurs de l'état de santé des enfants dans un pays est la proportion d'enfants vaccinés contre les maladies graves de l'enfance. Dans les quatre pays, les Ministères de la Santé ont mené plusieurs campagnes de vaccination. La réalisation des enquêtes EDS dans ces pays fournit des informations permettant d'évaluer la couverture vaccinale des enfants nés au cours des trois années ayant précédé l'enquête. Ces EDS fournissent aussi un meilleur éclairage quant à l'impact des services de protection sur la santé de l'enfant.

Conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose), la vaccin contre la rougeole et trois doses contre la polio et le DTCoq (diphtérie, tétanos et coqueluche). En outre, depuis quelques années, une première dose de vaccin contre la polio (Polio 0) est donnée à la naissance. D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés avant l'âge d'un an.

Les données détaillées sur la vaccination sont obtenues à partir de la carte de vaccination des enfants vivants âgés de moins de trois ans et qui sont issues des mères interviewées. L'enquêtrice transcrit les dates de toutes les vaccinations. Ce n'est que lorsque cette carte n'est pas disponible que les renseignements sont recueillis verbalement auprès des mères sur les différents types de vaccin reçu. Dans ce cas, les dates de vaccination ne sont pas spécifiées.

Le tableau 6 présente de plus les pourcentages d'enfants de 12-23 mois ayant reçu des vaccinations spécifiques, les pourcentages d'enfants complètement vaccinés (c'est-à-dire qui ont reçu tous les vaccins du Programme Élargi de Vaccination - PEV - mis à part Polio 0) et les pourcentages d'enfants qui n'ont reçu aucun vaccin du PEV. Seul le groupe d'âges 12-23 mois a été retenu puisque, selon les recommandations de l'OMS, tous les enfants de ce groupe d'âges devraient déjà être complètement vaccinés.

La couverture vaccinale est extrêmement faible dans trois pays, à savoir le Burkina Faso (28 %), le Togo (31 %) et le Cameroun (36 %). Seule la Côte d'Ivoire a une couverture vaccinale relativement élevée, puisqu'un enfant de 12-23 mois sur deux (51 %) avait reçu toutes les vaccinations du PEV au moment de l'enquête. C'est la Côte d'Ivoire qui a aussi le pourcentage le plus faible d'enfants qui n'ont reçu aucun vaccin du PEV; il est de 9 %, suivi du Cameroun et du Burkina Faso (12 % dans les deux pays). Le niveau le plus élevé est observé au Togo avec 16 %.

Si l'on considère chaque vaccination spécifique, la proportion d'enfants ayant reçu le BCG varie d'un minimum de 72 % au Burkina Faso à un maximum de 84 % en Côte d'Ivoire. Dans les deux autres pays, les pourcentages sont de 75 % au Cameroun et de 76 % au Togo. La vaccination contre la rougeole est généralement faible : les pourcentages varient de 43 % au Togo à 66 % en Côte d'Ivoire. Dans le cas de la polio et du DTCoq, on constate une très grande déperdition de la couverture vaccinale entre la première et la troisième dose[1] dans les quatre pays. Par exemple, au Burkina Faso, si 61 %

[1] Les taux de déperdition sont calculés comme suit :
(Polio 1 - Polio 3) / Polio 1 * 100
(DTCoq 1 - DTCoq 3) / DTCoq 1 * 100

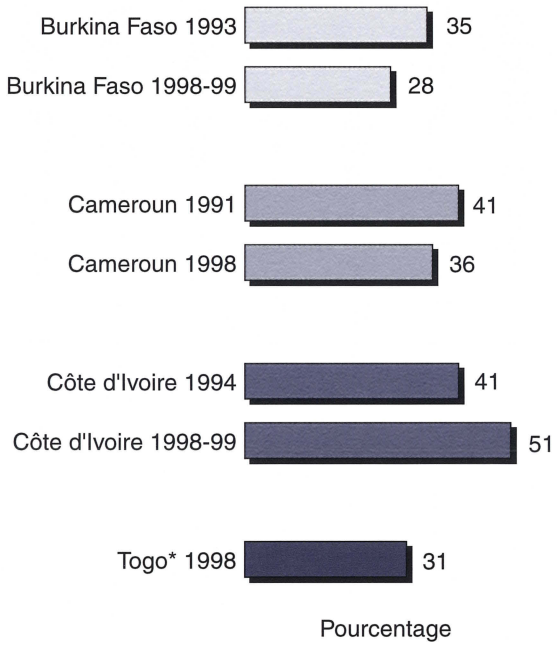
des enfants ont reçu la première dose de DTCoq, ils ne sont que 37 % à être complètement protégés, soit un taux de déperdition de plus de 39 %.

Les données sur les vaccins contre la polio et le DTCoq montrent que les taux de couverture sont très différents, alors que ces deux vaccins devraient, en principe, être administrés en même temps. Il s'agit probablement de l'effet de campagnes de vaccination où les enfants n'ont reçu que les vaccins contre la polio, comme c'est le cas du Cameroun.

La couverture vaccinale présente des disparités relativement importantes selon le milieu de résidence. C'est encore le Burkina Faso qui vient en tête avec les écarts les plus extrêmes. Ainsi, seulement 24 % des enfants ruraux ont reçu tous les vaccins du PEV contre 58 % des enfants urbains.

Le graphique 10 présente les tendances de la vaccination dans trois des quatre pays concernés (au cours de l'enquête EDS du Togo de 1988, on n'a pas collecté de données sur la vaccination). Le graphique montre que seule la Côte d'Ivoire a enregistré une augmentation de la couverture vaccinale (tous les vaccins du PEV) entre les deux enquêtes, les proportions passant de 41 % à 51 %. Au Cameroun et au Burkina Faso, la baisse de la couverture vaccinale entre les deux enquêtes est, respectivement, de 12 % et de 20 %.

Graphique 10
Couverture vaccinale
(Enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins du PEV)



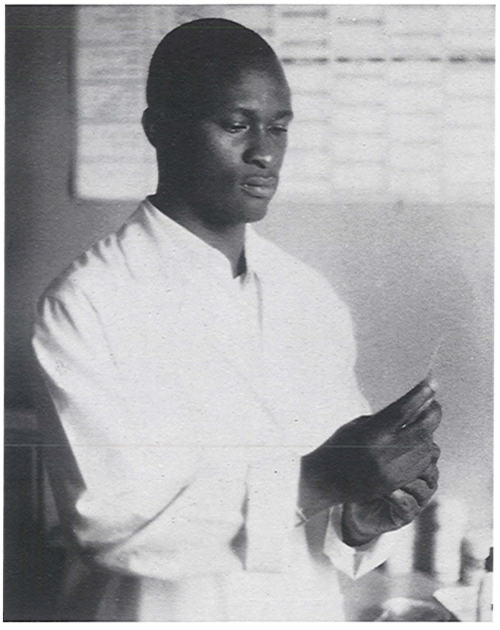
* Données non disponibles pour le Togo en 1988

Prévalence et traitement des maladies des enfants

Infections respiratoires aiguës (IRA)

Les infections respiratoires aiguës et, en particulier, la pneumonie constituent l'une des principales causes de décès d'enfants dans les pays en développement. Pour mesurer la prévalence de ces maladies, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient souffert de toux et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Bien qu'insuffisante pour établir un véritable diagnostic, la présence de ces deux symptômes n'en demeure pas moins, dans de nombreux cas, révélatrices d'infections respiratoires aiguës et même de pneumonie. Puis, dans le cas d'une réponse positive, on a posé les deux questions suivantes : 1) «Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la toux?» et 2) «Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?»

Il ressort du tableau 6 que, parmi les enfants de moins de trois ans, la prévalence de toux accompagnée de respiration courte et rapide est pratiquement la même dans trois pays, malgré la le caractère saisonnier de la maladie : 20 % au Cameroun et au Togo, et 19 % en Côte d'Ivoire. Chez les enfants burkinabé, la prévalence de la toux (15 %) est inférieure à celle observée chez les enfants des trois autres pays. Par milieu de résidence, on ne constate aucune différence de prévalence des IRA au Cameroun. Par contre, dans les trois autres pays, les enfants ruraux sont légèrement plus touchés par cette maladie que les enfants urbains.



BUCREP/Cameroun

Pour les enfants ayant présenté des symptômes d'infections respiratoires dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, dans environ quatre cas sur dix (37 %) en Côte d'Ivoire et dans un cas sur trois (33 %) au Cameroun, la mère a demandé des conseils ou un traitement ou encore a conduit son enfant en consultation dans un établissement sanitaire ou auprès d'un personnel médical. Ces pourcentages sont plus élevés que ceux observés au Burkina Faso (23 %) et au Togo (26 %). Dans les quatre pays, la fréquentation des établissements sanitaires est nettement supérieure en milieu urbain qu'en milieu rural. Les écarts les plus importants sont observés au Burkina Faso.

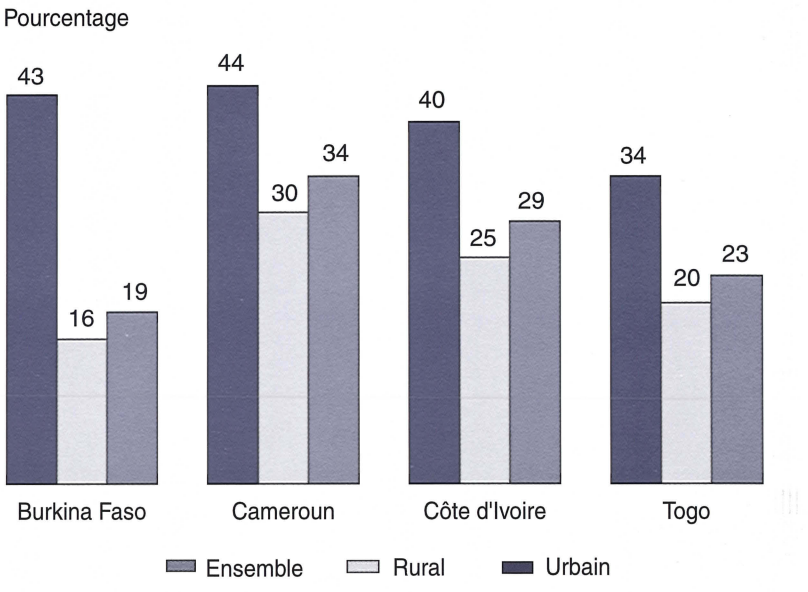
Diarrhée

De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la sous-nutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de mortalité et de morbidité infanto-juvénile. Suivant les recommandations de l'OMS, pour lutter contre les effets de la déshydratation, les quatre pays se sont engagés dans des programmes de Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO); la TRO consiste, essentiellement, à utiliser soit une solution préparée à partir de Sels de Réhydratation Orale (SRO) vendus commercialement, soit une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel.

Pour mesurer la prévalence de la diarrhée, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. En ce qui concerne le traitement de la diarrhée, on a demandé aux mères si elles connaissaient les SRO et si, durant les épisodes diarrhéiques, elles avaient utilisé soit les SRO, soit une solution d'eau sucrée ou salée.

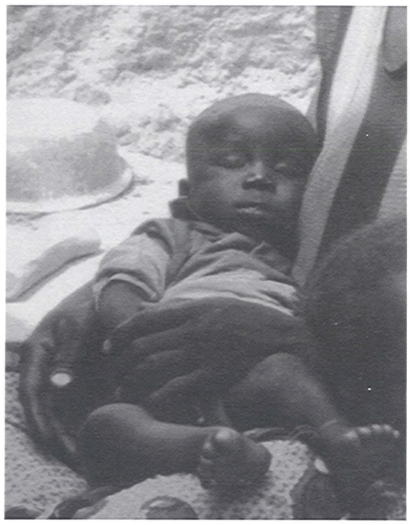
Sur l'ensemble des enfants âgés de moins de trois ans, la prévalence de la diarrhée durant les deux semaines précédant l'enquête varie de 19 % au Cameroun à 31 % au Togo. Dans les deux autres pays, la prévalence est pratiquement identique : 25 % au Burkina Faso et 26 % en Côte d'Ivoire. Il y a lieu de noter que ces prévalences ne sont pas ajustées pour tenir compte du caractère saisonnier de la diarrhée. Comme on peut le constater au tableau 6, en Côte d'Ivoire et

Graphique 11
Enfants qui ont eu la diarrhée et qui ont bénéficié d'une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO)



au Togo, la prévalence de la diarrhée est plus importante chez les enfants du milieu rural que ceux du milieu urbain. Au Burkina Faso et au Cameroun, on n'observe que peu de différences de prévalence de la diarrhée par milieu de résidence.

Parmi les enfants de moins de trois ans ayant eu la diarrhée dans les deux semaines ayant précédé l'enquête, 34 % des Camerounais et 29 % des Ivoiriens ont reçu une TRO, c'est à dire une SRO ou une solution maison. L'usage des SRO est pratiquement le même dans les deux pays (22 % au Cameroun et 23 % en Côte d'Ivoire). Dans les deux autres pays, les niveaux d'utilisation des TRO sont nettement plus faibles que les niveaux enregistrés en Côte d'Ivoire et au Cameroun : au Burkina Faso, le niveau d'utilisation atteint à peine 19 % et il est de 23 % au Togo. En ce qui concerne les SRO, les pourcentages sont, respectivement, de 15 % et 17 %. Dans les quatre pays, ce sont les enfants du milieu urbain qui ont bénéficié le plus souvent d'une TRO (graphique 11).



Macro International

ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL

La collecte d'informations sur les pratiques d'alimentation des jeunes enfants et, plus particulièrement, sur les pratiques d'allaitement constitue l'un des objectifs essentiels des EDS. De même, au cours des enquêtes menées dans les quatre pays, les jeunes enfants ainsi que leur mère ont été pesés et mesurés afin d'évaluer leur état nutritionnel.

Allaitement et alimentation de complément

Les pratiques d'alimentation constituent un facteur déterminant de l'état nutritionnel des enfants et affectent leur morbidité et leur mortalité. Parmi ces pratiques, celles concernant l'allaitement revêtent une importance particulière. En effet, de par ses propriétés (le lait maternel est stérile et il transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires aux enfants dans les premiers mois d'existence), l'allaitement évite les déficiences nutritionnelles et limite la prévalence de la diarrhée et d'autres maladies. D'autre part, par son intensité et par sa fréquence, l'allaitement prolonge l'infécondité post-partum et affecte, par conséquent, l'intervalle intergénésique, ce qui influe sur le niveau de la fécondité et, donc, sur l'état de santé des mères et des enfants.

Compte tenu de l'importance des pratiques d'allaitement, on a demandé aux mères si elles avaient allaité leurs enfants nés dans les trois années ayant précédé l'enquête et, plus précisément, à quel moment elles ont commencé à les allaiter, pendant combien de temps elles les ont allaités, quelle était la fréquence de l'allaitement, à quel âge ont été introduits des aliments de complément et enfin de quel type d'aliments il s'agissait.

Quel que soit le pays et quel que soit le milieu de résidence, la presque totalité des enfants nés dans les trois années ayant précédé l'enquête (au moins 97 %) ont été allaités pendant un certain temps (tableau 7). Cependant, on constate que la proportion d'enfants ayant été mis au sein pour la première fois au cours des vingt-quatre heures suivant la naissance est assez limitée, variant de 48 % au Burkina Faso à 59 % au Cameroun. Ainsi, bien que l'allaitement soit quasi général dans les quatre pays, une proportion importante d'enfants ne sont pas allaités durant leur premier jour d'existence. Sur le plan nutritionnel, ce comportement peut se révéler néfaste pour l'enfant. En effet, c'est lors

Tableau 7 Allaitement et état nutritionnel

Indicateur	Burkina Faso			Cameroun			Côte d'Ivoire			Togo		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Enfants nés dans les 3 années ayant précédé l'enquête et qui ont été allaités (%)	99,3	98,6	98,7	96,7	97,3	97,1	95,1	98,2	97,2	97,2	97,4	97,4
Enfants nés dans les 3 années ayant précédé l'enquête et qui ont été allaités dans les 24 heures suivant la naissance (%)	74,2	44,6	47,7	62,7	57,7	59,1	63,2	48,9	53,5	67,2	50,9	54,7
Enfants de moins de 4 mois qui sont exclusivement allaités (%)	19,0	3,7	5,3	18,0	14,6	15,4	1,7	4,7	3,7	26,0	11,8	14,9
Enfants âgés de 7 à 9 mois qui sont allaités et reçoivent des aliments de complément (%)	90,9	81,1	82,0	87,3	85,8	86,2	84,7	91,5	89,4	92,8	94,9	94,3
Durée médiane de l'allaitement (en mois) [1]	22,8	28,8	27,7	16,2	18,8	18,1	17,6	21,6	20,5	22,2	25,0	24,4
Enfants de moins de trois ans qui (%) :												
accusent un retard de croissance [2]	20,4	32,4	30,9	22,4	31,7	29,3	17,7	24,0	21.9	14,8	23,9	21,7
- sous une forme sévère	7,0	14,9	13,9	6,7	12,1	10,7	6,0	8,7	7.8	3,1	8,1	7,0
-sous une forme modérée	13,4	17,5	17,0	15,7	19,6	18,6	9,7	15,3	14.1	11,7	15,8	14,7
Enfants de moins de trois ans qui (%) :												
sont émaciés [2]	13,0	18,4	17,7	5,0	6,3	6,0	7,1	11,9	10.3	9,1	13,3	12,3
- sous une forme sévère	1,9	3,7	3,5	0,7	0,8	0,8	1,1	0,7	0.9	1,4	2,4	2,1
- sous une forme modérée	11,1	14,7	14,2	4,3	5,5	5,2	6,0	11,2	9.4	7,7	10,9	10,2
Enfants de moins de trois ans qui (%) :												
présentent une insuffisance pondérale [2]	24,6	38,0	36,3	14,3	25,0	22,2	12,7	25,7	21.4	16,1	27,9	25,1
- sous une forme sévère	5,3	14,7	13,6	3,5	5,3	4,8	2,0	5,0	4.0	3,1	7,8	6,7
- sous une forme modérée	19,3	23,3	22,7	10,8	19,7	17,4	10,7	20,7	17.4	13,0	20,1	18,4
Mères souffrant de malnutrition énergétique chronique (%) [3]	9,0	13,9	13,3	7,1	8,1	7,9	6,4	9,5	8,2	9,0	11,5	10,9

[1] Durée pendant laquelle la moitié des enfants sont allaités.

[2] Retard de croissance : pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour la taille-pour-âge est inférieur à -2 ET, basé sur la population de référence NCHS/CDC/OMS; Émaciation : pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour le poids-pour-taille est inférieur à -2 ET, basé sur la population de référence NCHS/CDC/OMS; Insuffisance pondérale : pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour le poids-pour-âge est inférieur à -2 ET, basé sur la population de référence NCHS/CDC/OMS. Pour chaque indice, entre -2 ET et -2,99 ET il s'agit de forme modérée de malnutrition, à -3 ET et moins il s'agit de forme sévère.

[3] Femmes dont l'Indice de Masse Corporelle (poids en kilogramme divisé par le carré de la taille en mètre) est inférieur à 18,5.

des premiers allaitements, dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, que l'enfant reçoit le colostrum qui contient les anticorps de la mère lesquels sont essentiels pour la prévention de nombreuses maladies. De plus, si le nouveau-né n'est pas allaité dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, il reçoit, à la place du lait maternel, divers liquides pouvant le mettre en contact avec des agents pathogènes.

Bien que l'allaitement soit autant pratiqué en milieu urbain qu'en milieu rural, le moment de la mise au sein de l'enfant varie fortement selon le milieu de résidence : les enfants urbains sont proportionnellement toujours plus nombreux que les enfants ruraux à être mis au sein au cours du premier jour. L'écart le plus important s'observe au Burkina Faso (74 % en urbain, contre 45 % en rural) alors qu'au Cameroun, les comportements sont plus homogènes (respectivement, 63 % contre 58 %).

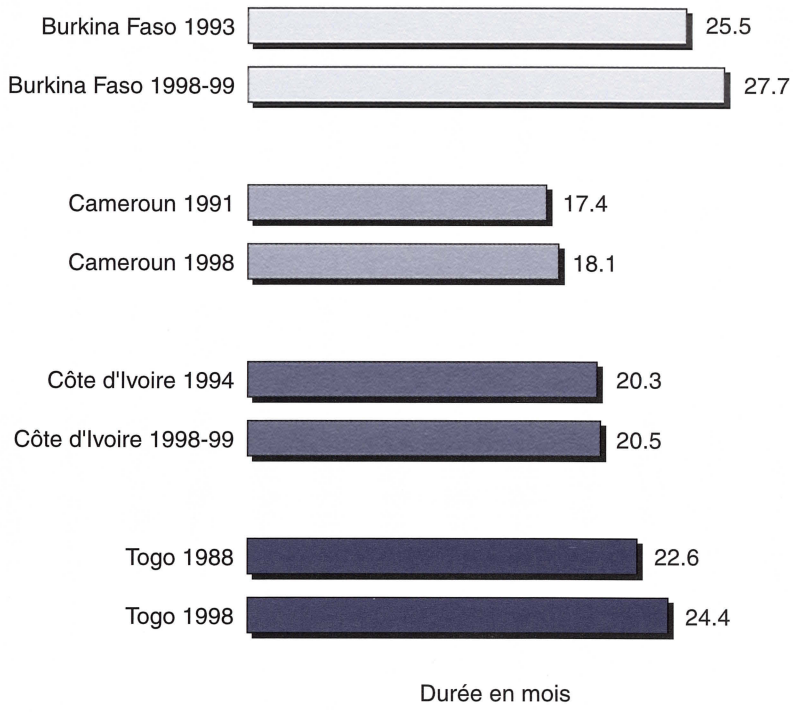
Alors que l'OMS et l'UNICEF recommandent que jusqu'à l'âge de 6 mois environ, les enfants soient uniquement nourris au sein, la pratique de l'allaitement exclusif est assez peu courante dans les quatre pays. Les enfants de moins de 4 mois qui sont exclusivement allaités, ne sont que 15 % au Cameroun et au Togo, et seulement 5 % au Burkina Faso et 4 % en Côte d'Ivoire. En plus du lait maternel, la grande majorité des nouveaux-nés des quatre pays reçoivent de l'eau, d'autres liquides et parfois même des aliments solides ou en bouillies. Au Burkina Faso et au Togo, les enfants de moins de 4 mois du milieu urbain sont plus souvent exclusivement allaités que les enfants du milieu rural (respectivement 19 % contre 4 % et 26 % contre 12 %), mais ces proportions restent encore très faibles. Par contre, au Cameroun et en Côte d'Ivoire, on n'observe que peu d'écart entre les milieux de résidence et, curieusement, en Côte d'Ivoire, la proportion d'enfants exclusivement allaités est légèrement plus élevée en milieu rural.

Direction de la Statistique/Togo

L'OMS et l'UNICEF recommandent également qu'à partir de 6 mois, âge auquel le lait maternel n'est plus suffisant pour assurer la meilleure croissance possible des enfants, des aliments solides de complément soient introduits dans l'alimentation. On constate au tableau 7 que dans les quatre pays, à 7-9 mois, la grande majorité des enfants sont nourris selon ces recommandations, les proportions variant d'un minimum de 81 % en milieu rural burkinabé à 95 % en milieu urbain togolais.

La durée médiane de l'allaitement varie de deux ans et demi environ au Cameroun (18,1 mois) et en Côte d'Ivoire (20,5 mois) à deux ans et plus au Togo (24,4 mois) et au Burkina Faso (27,7 mois). Comme on peut le constater au graphique 12, par rapport aux résultats des enquêtes EDS précédentes, les durées d'allaitement ont légèrement augmenté dans tous les pays. Par ailleurs, il faut noter que, quel que

Graphique 12
Durée médiane de l'allaitement



soit le pays, les durées d'allaitement sont nettement plus longues en milieu rural qu'en milieu urbain : c'est au Burkina Faso que l'écart est le plus important, les enfants du milieu rural étant allaités 6 mois de plus que ceux du milieu urbain. À l'opposé, c'est au Cameroun et au Togo que les durées d'allaitement sont les plus homogènes.

État nutritionnel des enfants

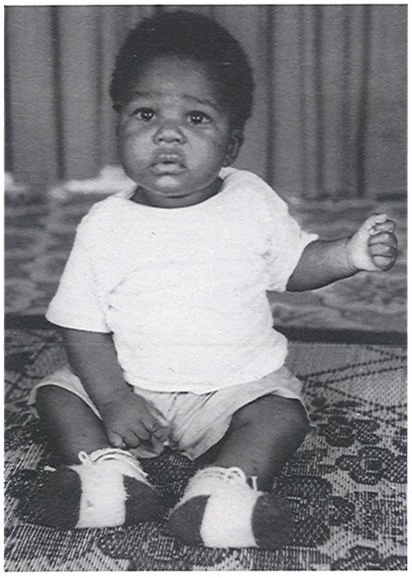
L'état nutritionnel résulte à la fois de l'histoire nutritionnelle (ancienne et récente) de l'enfant et des maladies ou infections qu'il a pu avoir; par ailleurs, cet état influe sur la probabilité qu'a l'enfant de contracter des maladies. En effet, un enfant mal nourri est en situation de faiblesse physique qui favorise les infections qui, à leur tour, influent sur ses risques de décéder. Au cours des enquêtes, tous les enfants de moins de trois ans[2] des femmes interviewées ont été pesés et mesurés. L'état nutritionnel est alors évalué au moyen d'indices anthropométriques calculés à partir de l'âge et des mesures de la taille et du poids de l'enfant : il s'agit de la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), du poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et du poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge).

[2] En Côte d'Ivoire et au Burkina Faso, il s'agit de tous les enfants de moins de cinq ans. Cependant, de façon à pouvoir comparer les quatre pays, les résultats présentés ici concernent, dans tous les cas, les enfants de moins de trois ans.

L'état nutritionnel des enfants observés pendant l'enquête est ensuite comparé à celui d'une population de référence internationale. Cette référence internationale a été établie à partir de l'observation d'enfants américains de moins de cinq ans en bonne santé et elle est utilisable pour tous les enfants de cet âge dans la mesure où, quel que soit le groupe de population, ils suivent un modèle de croissance similaire. Le tableau 7 présente les pourcentages d'enfants souffrant de malnutrition selon les trois indices anthropométriques.

La malnutrition chronique qui se manifeste par une taille trop petite pour l'âge se traduit par un *retard de croissance*. Cette situation est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises. L'indice taille-pour-âge est donc une mesure des effets à long terme de la malnutrition. De plus, le retard de croissance acquis dès les plus jeunes âges n'est pratiquement plus rattrapable. L'enfant qui a une taille insuffisante pour son âge peut, cependant, avoir un poids en correspondance avec sa taille réelle; pour cette raison, cette forme de malnutrition n'est pas toujours *visible* dans une population.

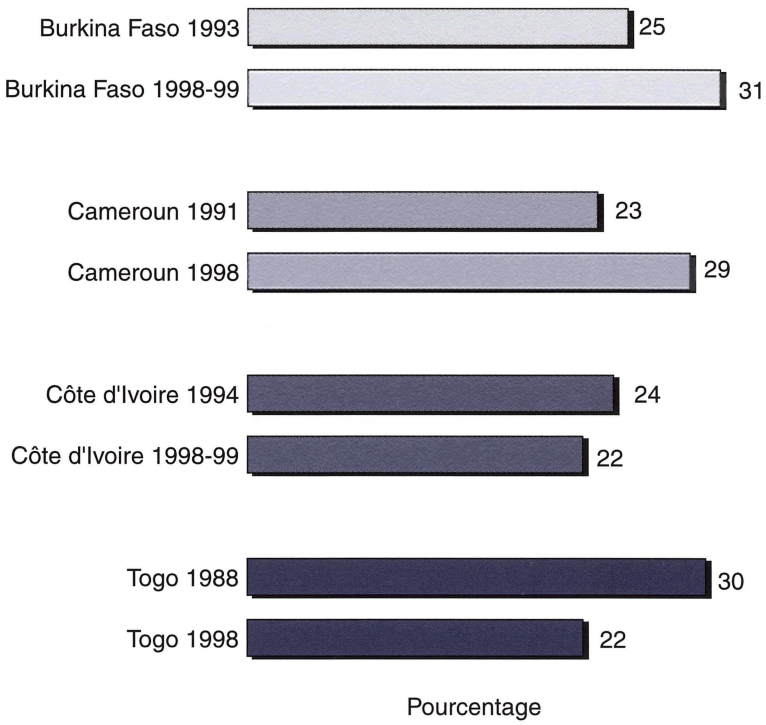
Selon les résultats du tableau 7, on constate qu'un peu plus d'un enfant sur cinq souffre *de malnutrition chronique* en Côte d'Ivoire et au Togo (22 % dans les deux pays,) et près d'un tiers au Cameroun (29 %) et au Burkina Faso (31 %); en outre, 11 % des enfants camerounais et 14 % des enfants burkinabé souffrent *de malnutrition chronique* sous une forme sévère. Comme on peut le constater au graphique 13, par rapport aux résultats des enquêtes EDS précédentes, les proportions d'enfants accusant un retard de croissance ont fortement augmenté au Burkina Faso et au Cameroun, alors qu'elles ont nettement diminué au Togo et sont en légère baisse en Côte d'Ivoire. Par ailleurs, quel que soit le pays et la forme de malnutrition chronique, la proportion d'enfants accusant un retard de croissance est toujours, proportionnellement, plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. C'est au Burkina Faso que la prévalence de la malnutrition chronique varie le plus selon le milieu de résidence : 20 % en milieu urbain contre 32 % en milieu rural.



BUCREP/Cameroun

Au tableau 7 figurent également les résultats concernant les proportions d'enfants atteints de malnutrition aiguë, exprimée par l'indice poids-pour-taille. Cet indice qui donne une mesure de la masse du corps en relation avec la taille reflète la situation nutritionnelle actuelle (au moment de l'enquête) et il peut donc être fortement influencé par la saison pendant laquelle s'est effectuée la collecte des données. En effet, la plupart des facteurs susceptibles de causer un déséquilibre entre le poids et la taille de l'enfant, que ce soient des maladies (rougeole, diarrhée..) ou des déficits alimentaires (sécheresse, période de soudure) sont très sensibles à la saison. Ce type de malnutrition est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et/ou d'une perte de poids consécutive à

Graphique 13
Malnutrition chronique
(Proportion d'enfants accusant un retard de croissance)



une maladie (diarrhée sévère ou anorexie, par exemple). Un enfant souffrant de cette forme de malnutrition est maigre ou *émacié*.

La prévalence de l'émaciation varie très fortement d'un pays à l'autre. C'est au Cameroun (6 %) que la proportion d'enfants émaciés est la plus faible; 10 % des enfants ivoiriens et 12 % des enfants togolais (soit le double qu'au Cameroun) sont touchés par cette forme de malnutrition et, au Burkina Faso, ce sont 18 % des enfants (trois fois plus qu'au Cameroun) qui souffrent de malnutrition aiguë. Sous sa forme sévère, l'émaciation présente le même type de variations, de 1 % au Cameroun et en Côte d'Ivoire à près de 4 % au Burkina Faso. Enfin, comme pour la malnutrition chronique et quel que soit le pays, la proportion d'enfants émaciés est toujours, proportionnellement, plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain.

Le tableau 7 présente enfin l'état nutritionnel des enfants mesuré au moyen de l'indice poids-pour-âge. Cet indice est un *indice combiné*, un faible poids-pour-âge pouvant être provoqué par la maigreur comme par le retard de croissance. Il traduit une *insuffisance pondérale*. Cet indice est celui qui est le plus souvent utilisé par les services de santé pour suivre les progrès nutritionnels et la croissance des enfants. Cependant, son utilisation reste limitée car il ne permet pas de distinguer entre les déficiences alimentaires de longue durée (retard de croissance) et celles qui sont récentes (émaciation).

Un peu plus du cinquième des enfants ivoiriens (21 %) et des enfants camerounais (22 %), un quart des enfants togolais (25 %) et plus du tiers des enfants burkinabé (36 %) présentent une insuffisance pondérale. Globalement, dans les quatre pays, environ un tiers des enfants qui ont un faible poids pour leur âge présentent une insuffisance pondérale sévère. Du point de vue du milieu de résidence, les variations observées pour la malnutrition aiguë et la malnutrition chronique se retrouvent pour l'insuffisance pondérale, les enfants les plus touchés étant toujours ceux du milieu rural.

État nutritionnel des mères

L'état nutritionnel des mères est un des déterminants de la mortalité maternelle, du bon déroulement des grossesses ainsi que de leur issue. Il influence également la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. L'état nutritionnel des mères est conditionné, à la fois, par sa balance énergétique, son état de santé et le temps écoulé depuis la dernière naissance. Il existe donc une relation étroite entre les niveaux de fécondité et de mortalité et l'état nutritionnel des mères. Pour ces raisons, l'évaluation de l'état nutritionnel des mères est particulièrement utile puisqu'il permet d'identifier des groupes à hauts risques.

Dans le cadre des EDS, pour déterminer l'état nutritionnel des mères, on a relevé le poids et la taille de toutes les femmes ayant eu une naissance vivante durant les trois années ayant précédé l'enquête. Par ailleurs, pour éviter d'introduire un biais dans les indices faisant intervenir le poids des femmes, celles enceintes ainsi que celles ayant eu une naissance le mois de l'interview ou le mois précédant ont été exclues des calculs. *L'Indice de Masse Corporelle* (IMC) est l'indice le plus souvent utilisé pour exprimer la relation poids/taille[3] : il permet de mettre en évidence le manque ou l'excès de poids en contrôlant la taille. Pour indiquer une malnutrition énergétique chronique, on utilise généralement comme seuil la valeur 18,5. Le tableau 7 présente ainsi la proportion de mères dont l'IMC se situe en-dessous de 18,5.

Direction de la Statistique/Togo

Comme pour l'état nutritionnel des enfants, on constate de fortes différences entre les quatre pays. C'est au Cameroun et en Côte d'Ivoire que les proportions de mères souffrant de malnutrition énergétique chronique sont les plus faibles (8 % dans les deux cas); au Togo, 11 % des mères ont un IMC inférieur à 18,5 et cette proportion atteint 13 % au Burkina Faso. Par ailleurs, quel que soit le pays, les femmes du milieu rural sont toujours plus touchées que celles du milieu urbain : comme pour le retard de croissance des enfants, c'est au Burkina Faso que les écarts sont les plus importants (9 % en milieu urbain contre 14 % en milieu rural) alors que c'est au Cameroun que la situation est la plus homogène (respectivement, 7 % contre 8 %).

[3] L'IMC est calculé en divisant le poids en kilos par le carré de la taille en mètres (kg/m^2).

MORTALITÉ DES ENFANTS ET MORTALITÉ MATERNELLE

L'un des principaux objectifs des EDS est de collecter des informations sur la mortalité des enfants. Le niveau de la mortalité des enfants est fonction des conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population et dans les diverses couches sociales de cette population. C'est pourquoi, le niveau de mortalité des enfants est souvent considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays.

On estime qu'à l'heure actuelle, 99 % des décès dus à des causes maternelles se produisent dans les pays en développement. Étant donné l'importance de ce phénomène, au cours des EDS[4], on a collecté des informations sur la survie des soeurs, informations qui permettent d'estimer le niveau de mortalité maternelle.

Mortalité des enfants

Au cours des EDS, l'enquêtrice établit l'historique des naissances de chaque femme en précisant le sexe, l'âge et l'état de survie de chacune de ces naissances. Pour les enfants décédés, l'enquêtrice doit également enregistrer l'âge au décès. Ces informations permettent de calculer les différents indicateurs de mortalité présentés ici.

À partir des informations recueillies dans l'historique des naissances, on calcule les indicateurs suivants : i) le *quotient de mortalité néonatale*, ou probabilité de décéder avant d'atteindre un mois; ii) le *quotient de mortalité post-néonatale*, ou probabilité de décéder après la période néonatale, mais avant le premier anniversaire; iii) le *quotient de mortalité infantile*, ou probabilité de décéder avant le premier anniversaire; iv) le *quotient de mortalité juvénile*, ou probabilité de décéder après le premier et avant le cinquième anniversaire; et v) le *quotient de mortalité infanto-juvénile*, ou probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire. Ces cinq indicateurs, calculés pour la période des cinq dernières années précédant l'enquête[5], sont présentés au tableau 8.

[4] La mortalité maternelle n'a pas été mesurée lors de l'EDS 1998-99 de Côte d'Ivoire; en effet l'enquête précédente (1994) avait déjà donné une estimation du niveau de ce type de mortalité.

[5] Les quotients présentés pour le milieu urbain et le milieu rural sont calculés pour la période de dix ans précédant l'enquête.

Tableau 8 Mortalité des enfants et mortalité maternelle

Indicateur	Burkina Faso			Cameroun			Côte d'Ivoire			Togo		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Quotients de mortalité (‰) :[1,2]												
Néonatale	30,9	45,1	40,8	31,7	4,3	37,2	46,5	59,8	62,2	40,7	42,9	41,3
Post-néonatale	36,5	68,1	64,6	29,3	42,5	39,8	38,2	64,0	49,9	24,6	42,2	38,5
Infantile	67,4	113,2	105,3	61,0	86,9	77,0	84,7	123,9	112,2	65,3	85,0	79,7
Juvénile	66,2	137,1	127,1	53,0	80,2	79,9	44,3	83,2	77,2	38,4	79,1	72,3
Infanto-juvénile	129,1	234,7	219,1	110,7	160,1	150,7	125,2	196,8	180,7	101,3	157,4	146,3
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)[3]	a	a	484	a	a	430	a	a	597[4]	a	a	478

[a] Trop peu de cas pour être calculé par milieu de résidence.

[1] Quotients pour les 5 dernières années au niveau national (approximativement 1994-1999) et pour les 10 dernières années par milieu de résidence (approximativement 1989-1999).

[2] Quotient de mortalité néonatale : probabilité de décéder au cours du premier mois; quotient de mortalité post-néonatale : probabilité de décéder après le premier mois et avant le premier anniversaire; quotient de mortalité infantile : probabilité de décéder au cours de la première année; quotient de mortalité juvénile : probabilité de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire; quotient de mortalité infanto-juvénile : probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire.

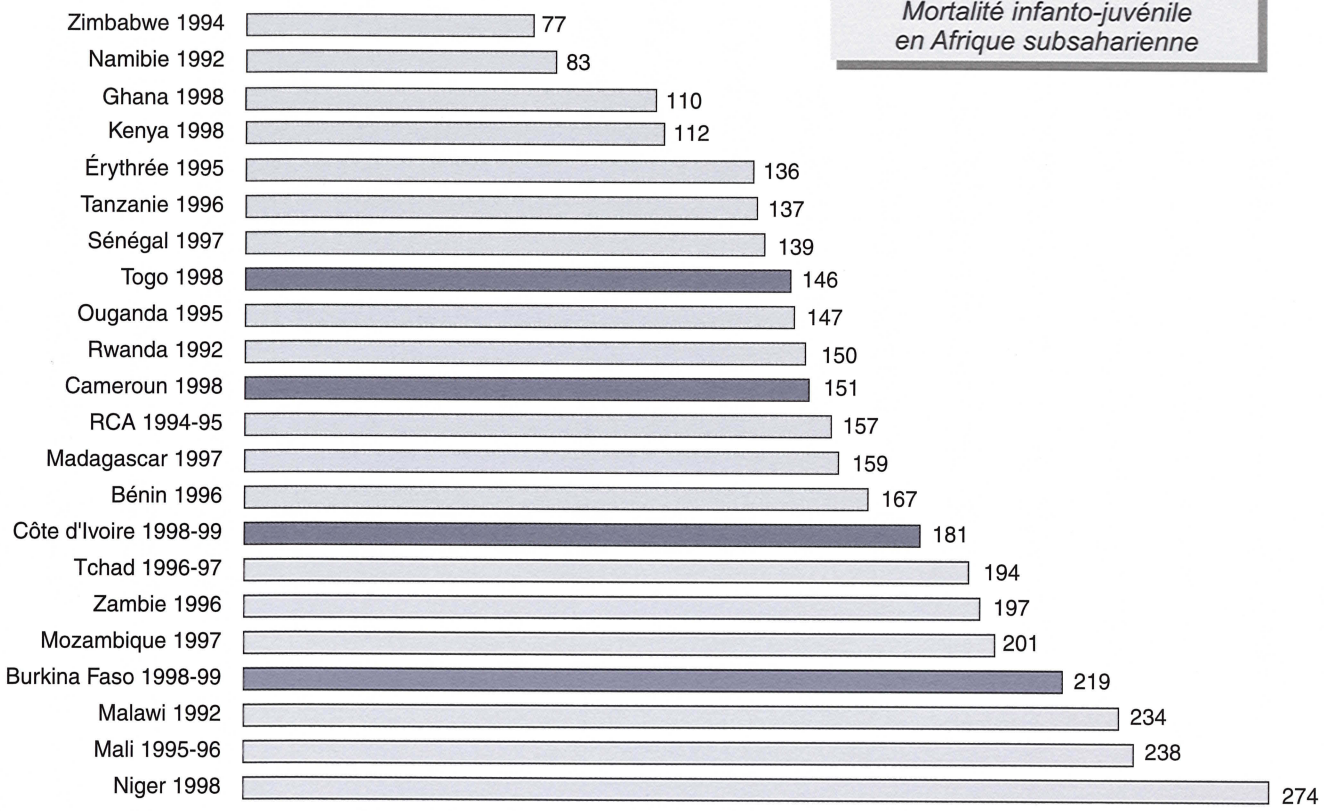
[3] Nombre de femmes qui décèdent de causes maternelles (durant la grossesse, l'accouchement et à la suite de l'accouchement) pour 100 000 naissances. Période 1995-1999 pour le Burkina Faso; période 1989-1998 pour le Cameroun; période 1993-1998 pour le Togo.

[4] Pour la Côte d'Ivoire, le taux de mortalité maternelle provient de l'Enquête Démographique et de Santé de 1994, il correspond à la période 1988-1994.

Du point de vue de la mortalité infanto-juvénile (entre la naissance et le cinquième anniversaire), la situation est assez proche au Togo (146 ‰) et au Cameroun (151 ‰), ces deux pays ayant ainsi un niveau de mortalité infanto-juvénile moyen comparé aux autres pays d'Afrique subsaharienne (graphique 14). En Côte d'Ivoire le niveau de mortalité entre 0 et 5 ans (181 ‰) est d'environ 20 % supérieur à celui des deux autres pays et le Burkina Faso, avec un quotient de 219 ‰, connaît une mortalité infanto-juvénile d'environ 45 % supérieure à celle du Togo et du Cameroun. Le Burkina Faso fait ainsi partie des quelques pays d'Afrique subsaharienne où le décès touche encore plus d'un enfant sur cinq au cours des cinq premières années.

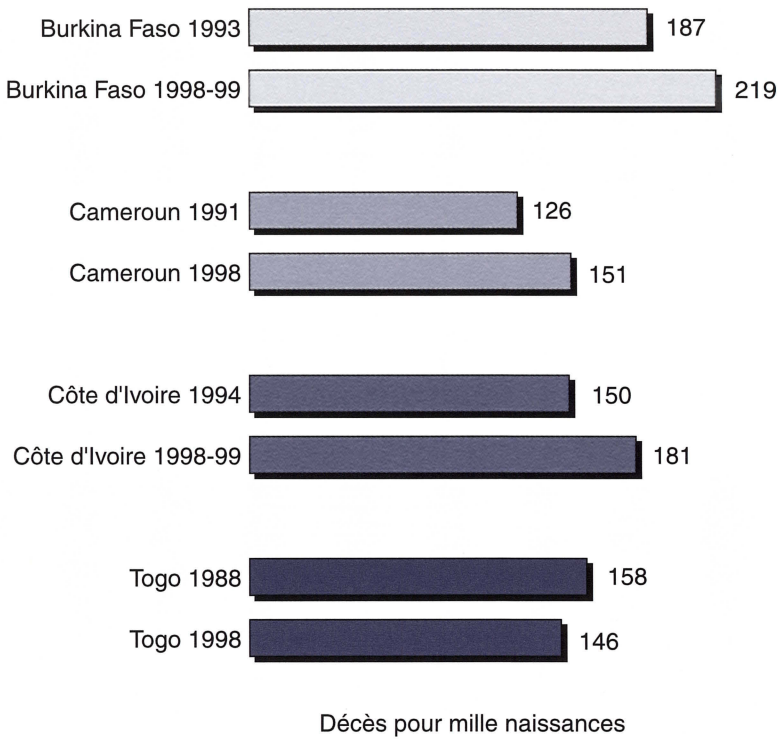
BUCREP/Cameroun

Graphique 14
Mortalité infanto-juvénile en Afrique subsaharienne



Comme on Comme on peut le constater au graphique 15, par rapport aux résultats des enquêtes EDS précédentes, le niveau de mortalité des enfants a augmenté de façon importante dans tous les pays, mis à part le Togo où l'on constate, au contraire, une légère baisse. Bien que des analyses complémentaires soient nécessaires pour confirmer l'amplitude de ces changements, il n'en reste pas moins que ces augmentations semblent bien réelles. Dans le cas du Cameroun, la détérioration de la situation sanitaire et nutritionnelle des enfants qu'a révélée l'enquête actuelle pourrait expliquer cette augmentation des niveaux de mortalité. Par contre, en Côte d'Ivoire où, dans l'ensemble, les indicateurs sanitaires et nutritionnels semblent s'être améliorés, il est plus difficile d'expliquer cette augmentation de la mortalité, surtout sur une période aussi courte. Il faut néanmoins rappeler que les résultats de l'enquête précédente avaient déjà laissé entrevoir le début d'une augmentation de la mortalité juvénile qui pourrait, peut-être, être attribuée à l'ampleur grandissante de l'épidémie de sida.

Graphique 15
Tendances de la mortalité infanto-juvénile



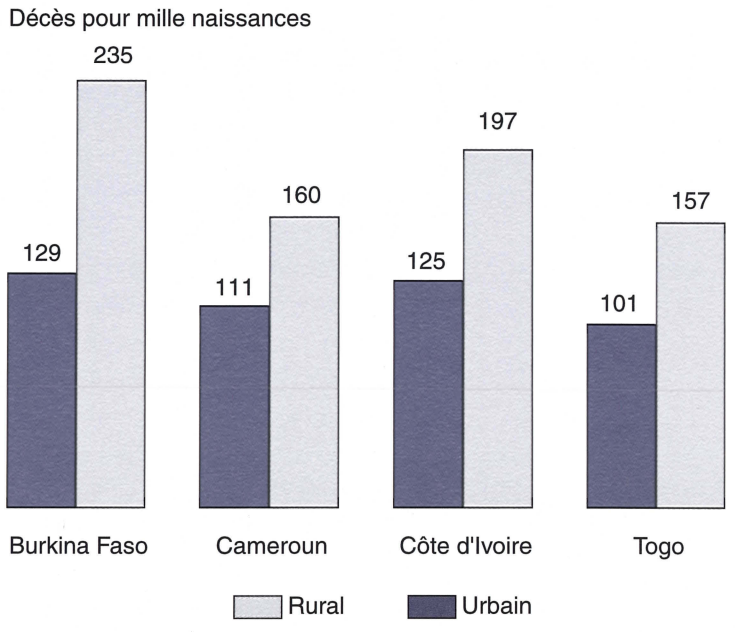
Au Cameroun et au Togo, le niveau de mortalité infantile (respectivement, 77 ‰ et 80 ‰) est assez voisin du niveau de mortalité juvénile (respectivement, 80 ‰ et 72 ‰); en d'autres termes, dans ces deux pays, les enfants courent un risque de décéder à peu près identique entre la naissance et le premier anniversaire et entre le premier et le cinquième anniversaire. De même, durant la première année, les risques de décéder au cours du premier mois sont à peu près identiques aux risques de décéder entre le premier mois et le premier anniversaire.

En Côte d'Ivoire et au Burkina Faso la situation est totalement différente. En Côte d'Ivoire, la structure de la mortalité avant 5 ans suit un schéma classique avec un niveau de mortalité juvénile (77 ‰) nettement inférieur au niveau de mortalité infantile (112 ‰); de même, avant le premier anniversaire, la mortalité post-néonatale (50 ‰) est nettement inférieure à la mortalité néonatale (62 ‰). Au Burkina Faso, la mortalité suit une schéma très différent mais qui a été observé dans de nombreux autres pays africains à forte mortalité : la probabilité de décéder entre 1 et 5 ans (127 ‰) est nettement supérieure à la probabilité de décéder avant l'âge d'un an (105 ‰); de même, avant le premier anniversaire, la mortalité post-néonatale (65 ‰) est nettement inférieure à la mortalité néonatale (41 ‰).

Les différences de niveaux de mortalité infanto-juvénile, mais aussi les différences de structures de la mortalité avant l'âge de 5 ans suggèrent que les facteurs affectant les niveaux de mortalité et les causes de décès des enfants diffèrent de façon importante entre les quatre pays.

Au tableau 8 figurent les niveaux de mortalité selon le milieu de résidence. Il convient de rappeler que les quotients sont calculés ici pour la période de 10 années précédant l'enquête. Quel que soit le type de mortalité et quel que soit le pays, on constate que les niveaux de mortalité sont toujours nettement plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain. Cependant, les écarts entre les deux milieux de résidence varient fortement selon le pays. En ce qui concerne la mortalité entre la naissance et le cinquième anniversaire, c'est au Burkina Faso que l'écart est le plus important puisque les enfants ruraux courent un risque de décéder avant cinq ans (235 ‰) près de deux fois plus élevé que les enfants urbains (129 ‰) (voir graphique 16). En Côte d'ivoire et au Togo, les quotients de mortalité infanto-juvénile des enfants du milieu rural (respectivement, 197 ‰ et 157 ‰) sont environ 50 % plus élevés qu'en milieu urbain. C'est au Cameroun que les différences de niveau de mortalité, comme celles de nombreux autres indicateurs, sont les moins prononcées (160 ‰ contre 111 ‰).

Graphique 16
Mortalité infanto-juvénile selon le milieu de résidence

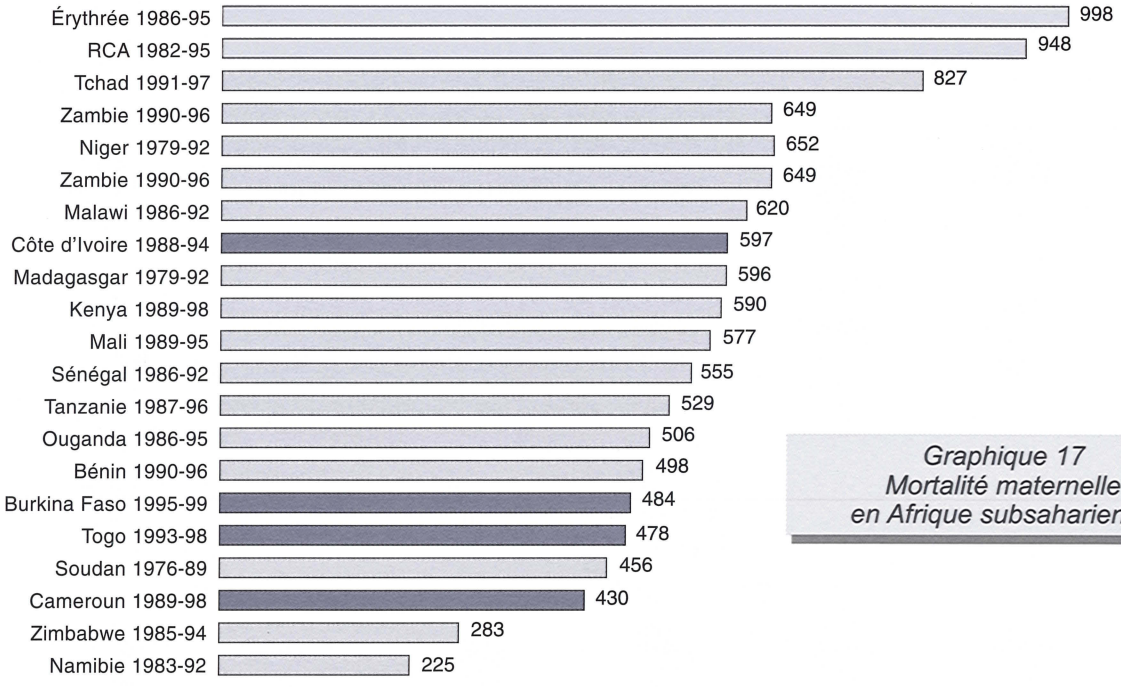


Mortalité maternelle

Au cours des enquêtes, on a demandé à chaque femme enquêtée la liste de tous ses frères et soeurs, c'est-à-dire tous les enfants que sa mère a mis au monde, en commençant par le premier-né. On a demandé ensuite à l'enquêtée l'état de survie de ses frères et soeurs et, pour ceux et celles qui étaient encore en vie, on lui a demandé leur âge. Pour ceux et celles qui étaient décédés, on a demandé le nombre d'années écoulées depuis le décès et l'âge au décès. Pour les soeurs décédées, on a ensuite posé trois questions pour déterminer si le décès avait eu lieu i) durant un accouchement, ii) au cours des deux mois suivant la fin d'une grossesse, ou iii) au cours d'une grossesse. L'ensemble de ces décès sont considérés comme des décès maternels.

À partir des informations collectées, on calcule le taux de mortalité maternelle, c'est-à-dire le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité.

Les taux de mortalité maternelle diffèrent assez peu entre le Cameroun (430 pour 100 000 naissances), le Togo (478) et le Burkina Faso (484). Bien que très élevés, ces taux se situent parmi les plus faibles estimés récemment en Afrique subsaharienne, mis à part ceux du Zimbabwe et de la Namibie qui sont nettement inférieurs (graphique 17). Par contre, la Côte d'Ivoire se caractérise par un niveau de mortalité maternelle (597 pour 100 000 naissances) nettement plus élevé que celui des trois autres pays.



Graphique 17
Mortalité maternelle
en Afrique subsaharienne

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET SIDA

L'ONUSIDA estime qu'aujourd'hui les deux tiers des personnes infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), soit plus de vingt millions de personnes, vivent en Afrique subsaharienne, où 8 % de la population âgée de 15 à 49 ans est contaminée. Ces chiffres illustrent bien l'importance de cette épidémie sur ce continent.

Dans le but d'évaluer l'impact des programme de prévention et de lutte contre les MST et le sida, des questions sur la connaissance des modes de transmission et de protection de ces maladies, ainsi que des questions sur les comportements sexuels ont été posées lors des EDS dans les quatre pays. Les informations ainsi collectées sont essentielles à l'ajustement des programmes en place, ainsi qu'à l'organisation de nouvelles campagnes d'information, d'éducation et de communication.

Pour estimer le niveau de connaissance des MST par les femmes et les hommes enquêtés, on leur a demandé s'ils avaient déjà entendu parler de maladies qui « peuvent se transmettre sexuellement » et, si oui, quelles maladies de ce genre ils connaissaient.

La proportion d'enquêtés qui ont entendu parler de MST varie très fortement selon le pays, le sexe et le milieu de résidence. En Côte d'Ivoire et au Cameroun, 78 % des femmes ont entendu parler des MST, contre 75 % au Togo et seulement 53 % au Burkina Faso. Chez les hommes, les niveaux de connaissance sont beaucoup plus élevés : 96 % en Côte d'Ivoire, 93 % au Cameroun et au Togo, et 88 % au Burkina Faso. Dans tous les cas, les femmes et les hommes du milieu rural sont moins bien informés que ceux du milieu urbain, en particulier au Burkina Faso où seulement 46 % des femmes rurales ont entendu parler des MST, contre 84 % des femmes du milieu urbain.

Une partie des personnes enquêtées ont cité le sida comme l'une des MST qu'ils connaissaient. À ceux ne l'ayant pas cité, on a demandé spécifiquement s'ils avaient déjà entendu parler d'une maladie appelée sida. Les proportions de personnes ayant entendu parler du sida présentent les même types de variation que pour les MST, mais avec des écarts beaucoup moins marqués. Ce sont les femmes rurales du Burkina Faso (85 %) et celles du Cameroun (86 %) qui ont le moins fréquemment entendu parler du sida; partout ailleurs, au moins 94 % des femmes et des hommes ont entendu parler du sida et ces proportions atteignent pratiquement 100 % chez les hommes du milieu urbain des quatre pays.

Tableau 9 Maladies Sexuellement transmissibles (MST) et sida : Femmes

Indicateur	Burkina Faso			Cameroun			Côte d'Ivoire			Togo		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Connaissance d'au moins une MST (%)[1]	84,2	46,1	52,5	88,4	72,1	77,9	89,8	69,4	77,9	88,1	66,6	74,7
Connaissance du sida (%)[2]	98,7	84,9	87,2	97,3	85,6	89,7	99,2	94,9	96,7	98,5	93,8	95,5
PARMI LES FEMMES CONNAISSANT LE SIDA												
Pourcentage de celles qui connaissent différents moyens pour éviter la maladie[3]												
S'abstenir de rapports sexuels	12,4	5,4	6,7	16,9	9,5	12,3	19,3	7,0	12,3	8,9	7,1	7,8
Utiliser les condoms	58,7	15,8	23,9	50,7	32,0	39,1	58,2	37,5	46,4	50,7	24,1	34,4
Avoir un seul partenaire	48,8	48,7	48,7	35,6	39,1	37,8	54,9	78,8	68,5	33,4	41,3	38,2
Éviter les prostituées	2,5	0,6	1,0	4,9	7,1	6,2	4,0	4,6	4,3	3,9	4,2	4,1
Éviter les injections	6,0	0,4	1,5	6,2	4,1	4,9	11,0	5,5	7,9	6,4	2,2	3,9
Pourcentage de celles qui :												
- pensent que le sida ne peut être évité	4,8	10,0	9,0	3,6	5,2	4,6	1,1	0,8	0,9	5,8	11,1	9,0
- ne connaissent aucun moyen pour l'éviter	11,9	34,1	29,9	15,9	24,7	21,3	5,5	3,6	4,4	19,2	34,8	28,7
- ne connaissent que des moyens erronés	37,3	17,9	21,6	22,2	12,9	16,5	3,8	1,8	2,7	28,7	16,6	21,3
Pourcentage de celles qui n'ont pas changé de comportement sexuel	30,1	51,0	47,0	39,4	44,2	42,3	20,9	29,4	25,7	45,4	48,8	47,5
Pourcentage de celles qui ont changé de comportement en :[3]												
- n'ayant pas commencé les rapports sexuels	13,8	5,2	6,9	6,3	4,0	4,9	10,5	6,3	8,1	8,3	4,6	6,0
- ayant arrêté les rapports sexuels	2,0	0,8	1,1	3,5	2,3	2,7	3,3	2,5	2,8	4,1	2,8	3,3
- ayant commencé à utiliser le condom	11,6	1,5	3,4	11,2	3,8	6,7	14,0	4,3	8,5	7,2	1,3	3,6
- ayant limité les rapports à un seul partenaire	35,9	33,7	34,1	33,4	38,3	36,4	41,3	50,2	46,3	31,6	33,7	32,9
Pourcentage de celles[4] qui ont déjà utilisé le condom :												
- comme contraceptif	29,6	5,7	10,2	40,7	21,1	28,5	39,7	19,9	28,4	30,3	13,2	19,6
- pour éviter les MST/sida	29,8	4,9	9,5	34,5	15,5	22,7	35,2	14,6	23,5	19,7	5,7	11,0
- pour l'une ou l'autre raison	36,3	6,7	12,2	46,9	23,9	32,6	44,3	21,3	31,2	33,8	14,6	21,8

[1] Y compris le sida.

[2] Pourcentage de femmes qui ont cité le sida comme une MST ou qui ont déclaré avoir entendu parler de cette maladie.

[3] Plusieurs réponses sont possibles.

[4] Parmi les femmes connaissant le sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois.

Tableau 10 Maladies Sexuellement transmissibles (MST) et sida : Hommes

Indicateur	Burkina Faso			Cameroun			Côte d'Ivoire			Togo		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Connaissance d'au moins une MST1 (%)[1]	97,6	85,5	88,1	97,9	90,8	93,5	97,8	93,7	95,5	97,6	89,6	92,5
Connaissance du sida2 (%)[2]	99,8	95,3	96,2	99,6	95,6	97,1	99,8	99,0	99,3	99,7	97,7	98,4
PARMI LES HOMMES CONNAISSANT LE SIDA												
Pourcentage de ceux qui connaissent différents moyens pour éviter la maladie [3]												
S'abstenir de rapports sexuels	18,3	10,7	12,5	23,1	15,8	18,6	20,8	17,1	18,6	20,2	17,7	18,6
Utiliser les condoms	78,8	50,0	56,6	62,1	44,9	51,6	75,8	57,2	65,1	71,1	45,0	54,6
Avoir une seule partenaire	47,8	54,8	53,2	36,1	34,9	35,4	33,3	54,8	45,7	29,1	36,4	33,7
Éviter les prostituées	3,0	3,2	3,1	7,3	12,9	10,7	8,2	5,0	6,4	12,7	12,7	12,7
Éviter les injections	6,1	1,2	2,3	4,1	3,1	3,5	7,3	3,7	5,2	9,9	8,1	8,7
Pourcentage de ceux qui :												
- pensent que le sida ne peut être évité	1,8	6,1	5,1	2,1	2,6	2,4	2,7	1,7	2,1	2,7	5,7	4,6
- ne connaissent aucun moyen pour l'éviter	5,1	18,6	15,5	6,9	14,8	11,8	5,7	6,0	5,9	8,0	18,9	14,9
- ne connaissent que des moyens erronés	57,7	33,0	38,6	28,1	18,5	22,2	3,6	3,7	3,7	20,0	13,2	15,7
Pourcentage de ceux qui n'ont pas changé de comportement sexuel	12,2	24,8	22,0	17,6	19,9	19,0	7,1	17,4	13,0	10,8	14,1	12,9
Pourcentage de ceux qui ont changé de comportement en : [3]												
- n'ayant pas commencé les rapports sexuels	17,6	15,5	16,0	8,2	9,0	8,7	10,5	11,7	11,2	12,6	10,6	11,3
- ayant arrêté les rapports sexuels	2,7	0,5	1,0	3,6	2,3	2,8	6,1	2,3	3,9	5,6	3,8	4,5
- ayant commencé à utiliser le condom	38,0	13,7	19,3	30,2	17,6	22,5	40,2	27,8	33,1	29,5	12,8	18,9
- ayant limité les rapports à une seule partenaire	32,6	27,6	28,7	30,2	35,4	33,4	36,1	34,1	34,9	33,2	38,6	36,6
Pourcentage de ceux[4] qui ont déjà utilisé le condom :												
- comme contraceptif	71,6	26,7	36,9	66,5	40,9	50,6	71,6	45,7	57,2	63,1	37,1	46,6
- pour éviter les MST/sida	69,1	27,1	36,6	65,4	39,9	49,5	71,4	46,1	57,3	61,4	34,5	44,3
- pour l'une ou l'autre raison	74,2	29,9	40,0	71,6	44,0	54,5	74,5	49,1	60,4	67,2	40,0	50,0

[1] Y compris le sida.
[2] Pourcentage d'hommes qui ont cité le sida comme une MST ou qui ont déclaré avoir entendu parler de cette maladie.
[3] Plusieurs réponses sont possibles.
[4] Parmi les hommes connaissant le sida et qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois.

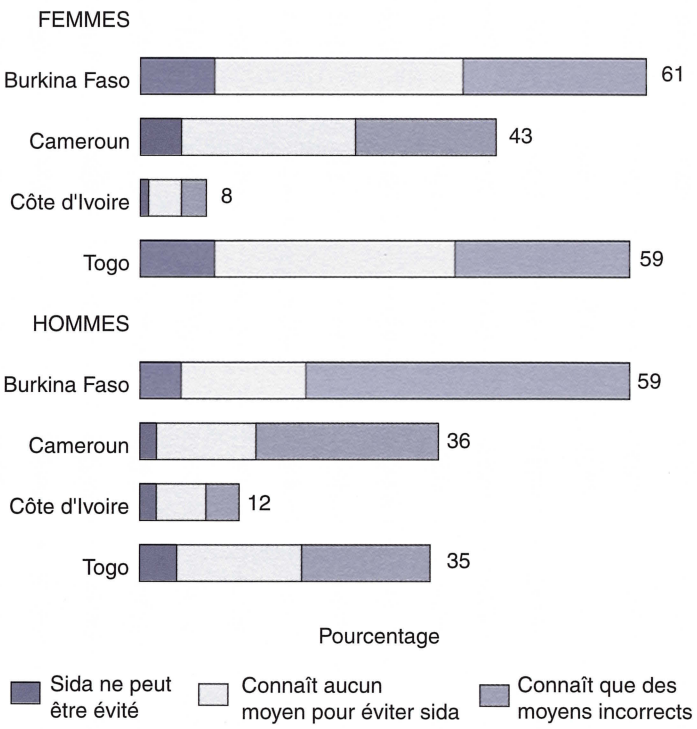
Aux personnes ayant entendu parler du sida, on a alors demandé si elles connaissaient différents moyens pour éviter cette maladie. Dans tous les cas, l'utilisation du condom et le fait de n'avoir qu'un seul partenaire ont été les moyens les plus fréquemment évoqués : ainsi le fait de n'avoir qu'un seul partenaire a été cité par 38 % des Camerounaises et des Togolaises, 49 % des Burkinabé et 69 % des Ivoiriennes; chez les hommes, ces proportions varient de 34 % au Togo à 53 % au Burkina Faso. De même, l'utilisation du condom a été citée par 24 % des femmes burkinabé, 34 % de celles du Togo, 39 % de celles du Cameroun et 46 % des femmes ivoiriennes. Chez les hommes, l'utilisation du condom a été citée plus fréquemment, les proportions variant de 52 % au Cameroun à 65 % en Côte d'Ivoire.

Une forte proportion de personnes ayant déclaré avoir entendu parler du sida ne connaissent pas vraiment de quoi il s'agit ou connaissent mal le sida. En effet, dans le cas du Burkina Faso par exemple, 9 % des femmes ont déclaré qu'il n'existait aucun moyen pour éviter le sida, 30 % ont déclaré que le sida pouvait être évité, mais ne connaissaient aucun moyen; enfin 22 % des femmes ont évoqué des moyens erronés. Ainsi, globalement, 61 % des femmes burkinabé ayant entendu parler du sida sont mal informées sur cette maladie. Dans les autres pays (graphique 18), ces proportions sont de 59 % au Togo et 42 % au Cameroun, alors qu'en Côte d'Ivoire les femmes ayant entendu parler du sida sont, dans l'ensemble, bien informées puisque 8 % seulement d'entre elles ont déclaré qu'il n'existait aucun moyen pour éviter le sida ou que le sida pouvait être évité mais ne connaissaient aucun moyen, ou encore ont évoqué des moyens erronés. Chez les hommes du Burkina Faso et du Cameroun, les proportions de ceux qui sont mal informés sont très proches de celles estimées chez les femmes; par contre, en Côte d'Ivoire, la proportion d'hommes mal informés est supérieure à celle des femmes (12 % contre 8 %); enfin, au Togo, on observe la tendance contraire, les hommes mal informés (35 %) étant proportionnellement moins nombreux que les femmes (59 %).

Lors des enquêtes, on a demandé aux personnes connaissant le sida si elles avaient changé de comportement sexuel depuis qu'elles avaient entendu parler de cette maladie. Chez les femmes, les proportions de celles qui n'ont pas changé de comportement varient de 26 % en Côte d'Ivoire à 48 % au Togo; par contre, les hommes des quatre pays semblent avoir modifié leur comportement plus fréquemment que les femmes puisqu'ils ne sont que 13 % au Togo et en Côte d'Ivoire et 22 % au Burkina Faso à ne pas avoir changé leurs habitudes. Parmi les changements de comportement évoqués par les femmes, c'est le fait d'avoir limité les rapports sexuels à un seul partenaire qui a été cité le plus fréquemment (de 33 % au Togo à 46 % en Côte d'Ivoire). Chez les hommes, c'est ce même type de changement de comportement qui a été cité le plus fréquemment (de 29 % au Burkina Faso à 37 % au Togo).

Macro International

Graphique 18
Mauvaise information sur le sida



Par ailleurs, les hommes ont aussi fréquemment évoqué le fait d'avoir commencé à utiliser le condom, les proportions variant de 19 % au Burkina Faso et au Togo à 33 % en Côte d'Ivoire.

Du fait de l'importance du condom en tant que moyen de prévention contre les MST et le sida, on a demandé aux femmes et aux hommes s'ils l'avaient déjà utilisé. Aux tableaux 9 et 10 figurent les proportions de femmes et d'hommes connaissant le sida et ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et qui ont déjà utilisé le condom. Au Burkina Faso, par exemple, 10 % des femmes ont déclaré avoir déjà eu des rapports sexuels protégés par un condom dans un but de contraception, 10 % ont déclaré l'avoir déjà utilisé dans le but d'éviter les MST/sida; globalement, 12 % des femmes ont déjà utilisé un condom, quelle qu'en soit la raison. Cette proportion varie de 12 % au Burkina Faso à 33 % au Cameroun. Chez les hommes, le niveau d'utilisation est beaucoup plus élevé puisqu'il varie de 40 % au Burkina Faso à 60 % en Côte d'Ivoire. Enfin, quel que soit le pays et quel que soit le sexe, l'utilisation du condom est toujours très nettement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Ainsi, environ les trois quarts des hommes urbains du Burkina Faso, du Cameroun et de la Côte d'Ivoire ont déclaré avoir déjà utilisé un condom, que ce soit comme moyen de contraception ou pour éviter les MST/sida.

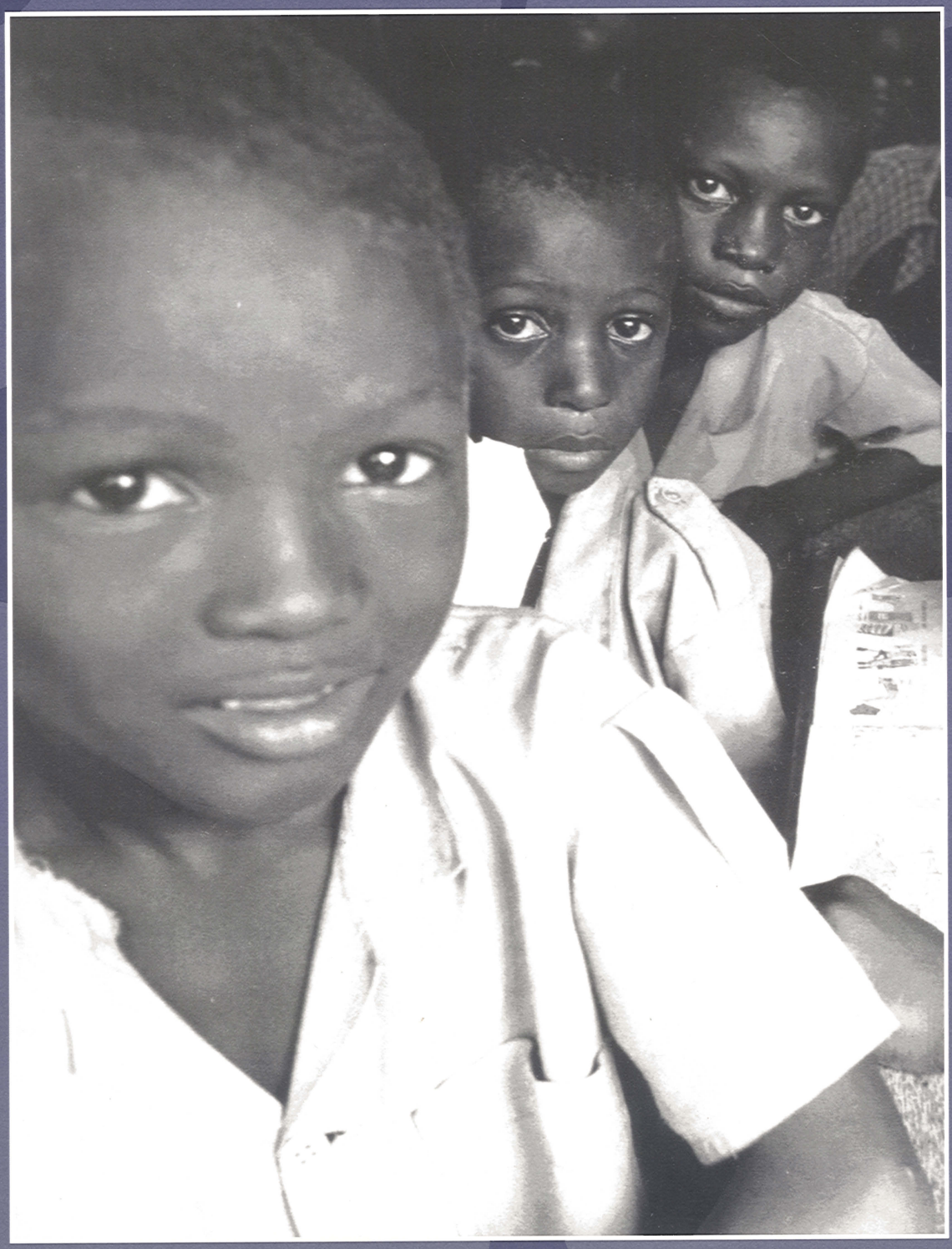
Ce rapport présente les principaux résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées au Burkina Faso en 1998-1999 (EDSBF-II) par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), au Cameroun en 1998 (EDSC-II) par le Bureau Central des Recensements et des Études de Population (BUCREP), en Côte d'Ivoire en 1998-1999 par l'Institut National de la Statistique (INS) et au Togo en 1998 (EDST-II) par la Direction de la Statistique. Ces enquêtes qui constituent l'Enquête Démographique et de Santé en Afrique de l'Ouest ont bénéficié de l'assistance technique de Macro International Inc.

Ces enquêtes font partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS) dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

Des informations complémentaires sur l'EDSBF-II peuvent être obtenues auprès de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie, B.P. 374, Ouagadougou, Burkina Faso (Téléphone (226) 30 67 97 ou 30 67 98). Des informations complémentaires sur l'EDSCI-II peuvent être obtenues auprès de l'Institut National de la Statistique, B.P. V 55, Abidjan 01, Côte d'Ivoire (Téléphone (225) 21 42 04; Fax (225) 21 44 01). Des informations complémentaires sur l'EDSC-II peuvent être obtenues auprès du Bureau des Recensements et des Études de Population (BUCREP), B.P. 7094, Yaoundé, Cameroun (Téléphone (237) 20 30 71). Des informations complémentaires sur l'EDST-II peuvent être obtenues auprès de la Direction de la Statistique, Lomé, Togo (Téléphone (228) 21 49 07). Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999).

Citation Recommandée:

Barrère, Bernard, Gora Mboup et Mohamed Ayad. 1999. *Enquêtes Démographiques et de Santé en Afrique de l'Ouest : resultats des Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées au Burkina Faso (1998-1999), au Cameroun (1998), en Côte d'Ivoire (1998-1999) et au Togo (1998).* Calverton, Maryland : Macro International Inc.



UNICEF/M. Murray-Lee